COUNTWAY LIBRARY
HC 517C B

BOSTON MEDICAL LIBRARY
PURCHASED FROM THE INCOME OF THE
SAMUEL WHEELER WYMAN
MEMORIAL FUND

TRAITÉ

DE

PATHOLOGIE MÉDICALE

ET DE

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

ÉMILE SERGENT

Membre de l'Académie de Médecine, Médecin de la Charité

L. RIBADEAU-DUMAS
Médecin des hôpitaux

ET

L. BABONNEIX
Médecin des hôpitaux

I

DÉONTOLOGIE

ET

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Tous droits de reproduction, traduction, adaptation
réservés pour tous pays.
Copyright by A. MALOINE et fils, 1920.

TRAITÉ

DE

PATHOLOGIE MÉDICALE

ET DE

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

ÉMILE SERGENT

Membre de l'Académie de Médecine, Médecin de la Charité

L. RIBADEAU-DUMAS
Médecin des hôpitaux

ET

L. BABONNEIX
Médecin des hôpitaux.

12923

I

DÉONTOLOGIE

PAR

P. LE GENDRE
Médecin de l'hôpital Lariboisière

ET

JURISPRUDENCE MÉDICALE

PAR

H. RIBADEAU-DUMAS
Avocat à la Cour d'appel

A. MALOINE ET FILS, ÉDITEURS

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1920

6. D. 464

18338 Hyg

BOSTON MEDICAL
DEC 1 8 1920
LIBRARY

PREMIÈRE PARTIE

Déontologie et Technique professionnelle

LA VIE DU MÉDECIN

FORMATION — PRATIQUE — RÔLE SOCIAL

ENTR'AIDE ET PROTECTION

PAR

PAUL LE GENDRE

Médecin de l'hôpital Lariboisière

4/64

DU MÊME AUTEUR

Lakanal, Étude biographique, 1881.

Dilatation de l'estomac et fièvre typhoïde, thèse, 1886.

Traité d'antisepsie médicale, 1888. Prix Chateauvillard.

Thérapeutique infantile médico-chirurgicale (avec Aug. Broca), 1894. Récompense de l'Institut, 2e éd., 1908.

Thérapeutique de la fièvre typhoïde, 1895.

L'Hérédité, 1894 (*in* Path. générale de Bouchard), 2e éd., 1912.

Séméiologie du tube digestif, 1897 (*in* Traité de Path. gén.).

Troubles et maladies de la nutrition (*in* Traité de médecine Charcot Bouchard), 1888, 2e éd., 1899.

Les régimes usuels (avec Alf. Martinet), 1910.

Thérapeutique usuelle des maladies de la nutrition (avec A. Martinet), 1912.

Le Médecin dans la Société contemporaine (avec G. Lepage), 1902.

Notices biographiques et nécrologiques sur Dujardin-Beaumetz, E. d'Heilly, H. Rendu, P. Duflocq, A. Proust, L. Dreyfus-Brissac, Gilles de la Tourette, A. Gombault, J. Grancher (*in* Bulletins de la Soc. méd. des hôpitaux, de Thérapeutique, des Mal. de l'enfance).

Fondation (avec H. Varnier) de la *Revue pratique d'obstétrique et de pœdiatrie*, 1888.

Fondation (avec Alb. Mathieu) de l'*Hygiène scolaire*, 1903.

A LA MÉMOIRE

DE

GABRIEL LEPAGE

AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ACCOUCHEUR DE L'HÔPITAL BOUCICAUT

Ami très cher, qui nous a quittés si vite et trop tôt, — en écrivant sur ces matières où nos esprits étaient « tout mêlés l'un à l'autre », — j'ai eu plus d'une fois l'illusion que tu regardais par-dessus mon épaule et que, si je me retournais, je lirais sur ta brave, loyale et quelque peu narquoise figure une expression approbatrice.

Je m'en sentais réconforté, mais plus que jamais affligé au souvenir de tant d'années d'une collaboration sans nuages.

INTRODUCTION

But et plan.

S'il suffisait d'aimer l'enseignement pour donner aux jeunes gens des avis utiles, s'il suffisait d'aimer sa profession et de l'avoir exercée longtemps pour en bien parler, ce livre pourrait avoir quelque valeur. Du moins a-t-il été longtemps médité et, pour ainsi dire, vécu.

On s'est parfois moqué des vieux grognards qui écrivent dans leur retraite des « Conseils aux jeunes » : quelle illusion de la part des vieillards d'espérer que les jeunes tireront parti de leurs conseils! Nul ne peut profiter de l'expérience d'autrui, chacun doit l'acquérir à ses dépens. D'ailleurs, les conseils offerts par les vieux, qui auraient été utiles peut-être aux jeunes gens de leur temps, ne sont plus appropriés à l'époque actuelle. — Aux moqueurs on peut répondre : « Si le présent n'avait jamais tiré avantage des leçons du passé, comment s'expliquerait le Progrès ? »

Je ne résisterai donc pas à la tentation de dire quelquefois : telle chose m'advint. Mais j'invoquerai moins souvent mon expérience personnelle que celle de mes anciens, des nombreux maîtres que j'ai aimés et admirés, dont les conversations et les exemples m'ont servi de fil conducteur dans le dédale des difficultés professionnelles.

En 1899 et 1900 j'ai fait avec mon regretté ami Gabriel Lepage deux séries de conférences sur la Déontologie à l'Hôtel des Sociétés savantes, puis à la Faculté de Paris.

Chargé d'un cours de Clinique annexe pour les stagiaires, de 1903 à 1914, à l'hôpital Lariboisière, j'ai consacré des leçons hebdomadaires non seulement à la déontologie, mais à la technique professionnelle.

Les Années Terribles ont dispersé maître et élèves, et maintenant, pour

moi, l'heure de la retraite hospitalière a sonné. La fatigue vocale m'interdit l'action verbale, mais la plume est encore assez ferme dans mes doigts pour me permettre de répondre à l'appel d'anciens élèves, devenus des maîtres à leur tour, qui m'ont fait l'honneur de me demander d'exposer mes idées définitives sur les *Difficultés de l'exercice professionnel*. Le lecteur les trouvera dans la seconde partie de ce livre.

Avant d'exposer les difficultés qui assaillent le praticien, il était logique de le préparer à y faire face, en les lui signalant avant la fin de ses études et en lui indiquant un programme de développement intellectuel et moral.

Nos Facultés offrent aux étudiants en médecine une nourriture scientifique de premier choix, d'une abondance presque excessive ; les programmes sont de plus en plus touffus, les professeurs rivalisent d'érudition et d'éloquence. Mais la *Formation professionnelle*, si elle n'est pas aussi dédaignée qu'au temps de mes études, est encore bien laissée dans l'ombre par l'Enseignement officiel.

Jusqu'au dernier remaniement des études par une Commission à laquelle j'ai eu l'honneur d'être associé, jamais l'enseignement de la *Déontologie* n'avait figuré sur les programmes. Paul Brouardel, dans ses cours de Médecine légale, avait traité certaines questions, comme le Secret médical, le Charlatanisme, la Responsabilité ; Grasset, à Montpellier, tout en professant la Clinique, avait pu préparer les bases d'un code déontologique pour le Congrès de déontologie et de médecine professionnelle de 1900. Morache et Lande à Bordeaux, Lacassagne à Lyon avaient abordé ces questions dans leurs cours de médecine légale. De bons livres de déontologie ne faisaient point défaut : Tourdes, Dechambre, Juhel-Rénoy. Mais il n'est pas à ma connaissance que les étudiants fussent jamais interrogés sur cette matière, de sorte qu'ils étaient reçus Docteurs et consacrés Praticiens sans avoir fait la preuve qu'ils connussent leurs *Devoirs* et leurs *Droits*.

C'est grâce à l'appui du vaillant professeur de Montpellier que j'ai pu faire inscrire officiellement par la Commission de réforme des Études médicales au programme de la dernière année d'études des Conférences sur la déontologie. Le professeur Étienne Martin a su avec succès créer cet enseignement à Lyon, et désormais il sera amorcé dans toutes nos Facultés.

Mais la déontologie n'est qu'une partie de cet ensemble de notions relatives à l'exercice de la profession qu'on peut englober sous la rubrique plus générale de *Technique professionnelle* et sans lesquelles un jeune médecin est bien souvent embarrassé pour tirer parti de son droit d'exercer.

Beaucoup de connaissances scientifiques, qu'il a emportées des hôpitaux et des amphithéâtres, ne lui seront que d'une médiocre ou exceptionnelle

utilité, et par contre on ne lui a pas signalé la nécessité et la manière d'adapter à la pratique, aux différents milieux sociaux, ce qu'il a vu faire à l'hôpital.

Il lui a souvent manqué un commentaire aux formules trop générales ou trop théoriques.

Enfin il manque, ou il a manqué jusqu'ici, à beaucoup d'étudiants un guide pour se diriger à travers le dédale des cours et des programmes, pour démêler, parmi tant d'études offertes à sa soif d'apprendre, celles qui sont capitales, celles qui sont secondaires ; — des conseils pour se préparer à tel ou tel aspect de la pratique, — un catalogue des débouchés professionnels qui lui seront ouverts, avec indication de l'orientation suivant laquelle il devra pousser ses efforts vers le but qu'il désire atteindre, — et des renseignements lui permettant d'apprécier à quelle tâche il est le plus propre.

Si j'ai souvent déploré l'indifférence avec laquelle l'Enseignement officiel distribue à tous les jeunes gens qui ont payé leurs frais d'inscriptions et d'examens la manne scientifique uniquement, sans y ajouter les façons diverses de l'accommoder à leurs futurs besoins, c'est que j'ai senti par une cruelle expérience personnelle les inconvénients de cette lacune.

Il y a des étudiants privilégiés, ce sont les « enfants de la balle ». Fils ou neveux de médecins, ils reçoivent dès le début de leurs études les conseils nécessaires ; ils savent comment on doit distribuer son temps pour arriver en sept ou huit années (programme actuel), en cinq seulement au temps de ma jeunesse, à s'assimiler les connaissances indispensables à la pratique. Il y a aussi une catégorie de jeunes gens ambitieux, pressés d'arriver, « débrouillards », qui, n'hésitant pas à questionner souvent leurs maîtres et leurs anciens, arrivent à prendre la bonne filière. Mais les catégories plus nombreuses des timides, des nonchalants, ou des trop curieux qui se laissent entraîner aux charmes de l'école buissonnière, éparpillant leurs efforts sans méthode et sans frein, — voilà les victimes de l'absence de direction, à un âge et dans un milieu aussi exposés aux causes d'égarement intellectuel et moral.

Les conséquences ont été pour les uns des études incomplètes, pour certains le dégoût et l'échec complet ; pour d'autres, une perte de temps lamentable.

J'en ai connu de douloureux exemples.

On pourrait croire que l'étudiant d'aujourd'hui, embrigadé dès le P. C. N., n'a qu'à se laisser faire, si j'ose dire, pour aboutir au doctorat sans être exposé aux fausses routes. Et pourtant (qui ne l'a constaté parmi les chefs de service des Hôpitaux ?) beaucoup paraissent désemparés au cours de leurs études, noyés sous l'avalanche des matières inscrites aux programmes, indécis sur les choix à faire parmi tant de livres qui éclosent chaque jour

aux étalages des libraires et laissant souvent la proie pour l'ombre dans leur chasse à l'instruction, dans la préparation à l'exercice de leur profession. Il semble donc bien utile encore de débrouiller, à l'intention de ceux qui n'ont pas de conseillers naturels, l'écheveau compliqué des études médicales.

Aussi a-t-il paru logique d'inaugurer l'apparition d'une nouvelle série de volumes didactiques, visant surtout la Pratique médicale, par un volume consacré à la meilleure manière de diriger les études des jeunes gens qui ambitionnent le diplôme de docteur en médecine et à un faisceau de renseignements sur les difficultés réservées ensuite à ceux qui, munis de ce parchemin coûteux, comptent sur lui pour gagner honorablement leur vie.

A vrai dire, les circonstances ne paraissent guère favorables à un livre comme celui-ci. Deux idées dominantes y sont développées.

Au point de vue de la formation du médecin, j'insiste sur les difficultés qu'elle présente, le long temps qu'elle requiert, le danger que crée pour la Société le médecin dont l'instruction est insuffisante ou le moral mal orienté : je ne crois pas que le système des « forceries » puisse jamais produire de bons fruits médicaux.

Mais voici des étudiants qui refluent des armées, après avoir sacrifié quatre années de leur jeunesse sans avoir abordé leur préparation professionnelle : ne vont-ils pas réclamer d'être le plus tôt possible des praticiens gagnant leur vie et s'efforcer d'accélérer leurs études, au risque d'en diminuer la valeur ?

Au point de vue de l'exercice professionnel, je montre que quiconque s'y engage sans être complètement prêt à faire face à ses exigences par une instruction technique solide, par une connaissance préalable des hommes et des milieux, est voué à un échec ou à une médiocrité pénible ; — que quiconque n'embrasse la profession médicale que dans l'espoir d'y faire fortune se prépare presque sûrement une déception profonde ; — que notre profession ne maintiendra son rang social que si la plupart de ses membres font preuve d'esprit de sacrifice et d'altruisme ; — par contre, que, si elle est dominée par un esprit de lutte âpre et agressif, son caractère fondamental est altéré ; — que, si elle s'exerce dans les conditions normales du commerce, sa déchéance est irrémédiable.

Mais voici un grand nombre de praticiens qui, éloignés pendant quatre et cinq ans de leurs clientèles, ont subi des pertes matérielles considérables, dissipé leurs économies, contracté des dettes; ils vont se trouver sollicités de tous côtés par des industriels qui guettent les occasions d'embrigader des adhérents nouveaux dans des combinaisons mercantiles.

Beaucoup de clients dans certaines contrées sont appauvris ; le nombre des médecins n'a pas diminué ; car, si plus de mille (1235 en janvier 1919) sont tombés sur les champs de bataille ou ont succombé dans les formations sanitaires, pendant ce temps beaucoup de jeunes filles et de femmes ont plus que comblé les vides. La concurrence va donc s'exercer durement, avec ses tentations dans deux sens, vers l'emploi de procédés confraternels indélicats, vers l'acceptation de compromis financiers avilissants.

Alors, me dira-t-on, que voulez-vous faire avec votre déontologie ? Espérez-vous, par un rappel à des traditions aussi surannées que respectables, modifier une situation semblable ?

Je ne sais ce que penseront les lecteurs jeunes et vieux de ce livre qui, conçu bien avant la catastrophe mondiale, mûri pendant de longues années de pratique et d'enseignement libre, reflétait exactement, je crois, la vérité d'avant la guerre. Faudra-t-il appliquer à celle-ci le mot de Pascal sur les Pyrénées ? Vérité en deçà, erreur au delà ? Je ne puis m'y résigner et j'espère encore que ce bréviaire du passé ne paraîtra pas périmé.

Peut-il être inutile, si j'y veux redire, au seuil de la période d'après-guerre, le *sursum corda* que nous avons tous crié pendant que notre patrie luttait pour son existence ? — Victorieux, tout meurtris que nous sommes, nous avons le droit d'espérer un renouveau de notre sève nationale dans toutes les branches de l'arbre social. En médecine, les maîtres doivent améliorer les conditions de l'enseignement, réviser leurs méthodes, les orienter dans le sens le plus pratique, multiplier leurs efforts pour réaliser une emprise plus étroite sur le caractère comme sur l'intelligence de leurs élèves : je suis convaincu que les qualités à développer chez les étudiants en vue de leur future pratique, et sur lesquelles j'insiste, demeureront toujours, quels que soient les progrès de la science, les plus nécessaires.

Au point de vue professionnel, ce livre aspire à être un exposé sincere, impartial, de l'état actuel, matériel et moral, de notre corporation. Il prêche l'union contre les maux que nous subissons ou qui nous menacent, la concorde, les égards réciproques, l'entente en vue d'améliorer les conditions matérielles, tout en maintenant hauts les cœurs et intact l'honneur professionnel.

Juillet 1919.

PREMIÈRE PARTIE

L'APPRENTISSAGE

BOSTON MEDICAL
DEC 1 8 1920
LIBRARY

CHAPITRE PREMIER

Quelques définitions.

MÉDECINE-SCIENCE; OBJET DE SES ÉTUDES : SCIENCES PRÉPARATOIRES ET SCIENCES MÉDICALES. — CARACTÈRE ARTISTIQUE DE LA CLINIQUE ET DE LA THÉRAPEUTIQUE. — MÉDECINE-PROFESSION; SES CARACTÈRES SOCIAUX. — FONCTIONNAIRES-DOCTEURS ET PRATICIENS-FONCTIONNAIRES. — DÉONTOLOGIE DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT.

La médecine, envisagée comme **étude,** est l'*ensemble des notions relatives à la connaissance des maladies, des moyens de les prévenir et de les soigner :* elle comprend les maladies des animaux comme celles de l'homme, la médecine vétérinaire comme la médecine humaine.

Cette étude ne peut être entreprise qu'en prenant pour bases les *sciences dites médicales*, qui ne sont que certaines applications des mathématiques, de la physique, de la chimie, de la zoologie et de la botanique : elle touche donc à toutes les sciences, mais envisagées dans leurs applications spéciales à la biologie.

Les sciences mathématiques jouent un rôle de plus en plus grand dans le développement des recherches physiques et chimiques; il est donc nécessaire que les jeunes gens qui se destinent aux sciences médicales ne négligent pas les mathématiques autant que leurs aînés, bien que ceux qui se sentent attirés vers la médecine n'aient pas, en général, la même aptitude mathématique que ceux qui aspirent à être ingénieurs.

Les *sciences rigoureusement médicales* sont : l'Anatomie macroscopique et microscopique, la Physiologie normale, la Pathologie, qui comprend l'anatomie pathologique, la physiologie pathologique, la pathologie expérimentale, nécessitant la connaissance de la parasitologie et de la microbiologie, et la nosographie; on en peut rapprocher l'Hygiène.

Toutes ces études biologiques sont bien des Sciences, même celles dont la constitution est encore incomplète; elles obéissent à des lois générales, dont la fixité apparaît d'autant plus nette que les recherches s'accumulent.

En peut-on dire autant de la **Clinique,** c'est-à-dire de l'*étude de chaque malade pris individuellement*, entreprise dans le but de dépister les causes lointaines et prochaines de ses troubles morbides pour en prévoir autant que possible l'évolution et en favoriser la guérison? — *La clinique diffère des sciences,* à rigoureusement parler, parce qu'*elle ne peut espérer formuler que des présomptions,* si vraisemblables qu'elles nous paraissent, chaque individu différant de tous les autres.

Elle se rapproche des arts en ce que les qualités personnelles du clinicien y jouent un rôle capital. Pour devenir un bon clinicien, il faut acquérir patiemment une *éducation des sens,* qui ne sera jamais égale chez tous les aspirants.

Il y faut joindre une *éducation psychologique, qui rapproche la clinique des sciences morales;* car l'interrogatoire est un art qui réclame non seulement une méthode, accessible à tous, mais la perspicacité, le tact, la finesse du jugement.

Plus rapprochée encore des arts est la **Thérapeutique :** elle requiert comme instruments les connaissances scientifiques précises de la chimie, de la physique, de la botanique, de la pharmacologie et de la pharmacodynamie, mais n'obtient de résultats satisfaisants, n'atteint son but de guérir, d'aider à guérir ou de soulager que si le thérapeutiste acquiert la sagacité, le doigté qui lui permettent de *mettre en œuvre à propos ses connaissances scientifiques;* à côté de la thérapeutique médicamenteuse ou par les agents physiques, et la dominant d'ailleurs, s'impose la psychothérapie, qui exige la connaissance de la psychologie de chaque malade, de ses réactions antérieures et actuelles.

Dans toutes les acceptions que nous avons envisagées jusqu'ici, la « Médecine » n'est encore qu'un *sujet d'études*, un *art basé sur des sciences,* auquel il est loisible de ne s'attacher qu'au point de vue de la curiosité et de la satisfaction intellectuelle.

Mais la plupart de ceux qui l'étudient ont pour but de l'utiliser comme *profession.*

La **Médecine-profession** nous apparaît alors sous un aspect particulier, fondamental, ses *rapports avec la Société,* rapports de telle nature qu'ils en font une *profession différente de toutes les autres.*

La pratique médicale comporte, en effet, un caractère de moralité, de désintéressement, de dévouement et de sacrifice, qui paraissait à nos anciens lui mériter d'être rapprochée d'un sacerdoce religieux, — et ce caractère consacre son originalité professionnelle.

A vrai dire, la médecine-profession n'est exclusivement ni science, ni art, ni sacerdoce. Le médecin praticien n'est assimilable exactement ni à l'ingénieur, ni au peintre, ni au prêtre ; pourtant il lui faut dans une certaine mesure, s'il veut exercer sa profession *avec succès*, c'est-à-dire *avec avantages pour autrui comme pour lui-même,* posséder naturellement certaines aptitudes intellectuelles et morales qui caractérisent le savant, l'artiste, le prêtre.

La profession médicale a évolué de plus en plus dans le sens d'une *fonction sociale.*

Ce qui ne signifie pas que le médecin doive être un fonctionnaire; car il doit conserver une indépendance absolue, même quand on le charge de certaines fonctions. N'y a-t-il pas antinomie entre la pratique médicale et la qualité de fonctionnaire? Si les connaissances acquises par le docteur en médecine le rendent plus apte que tout autre citoyen à remplir certaines fonctions nécessaires au développement et au maintien de l'Hygiène publique, à servir d'auxiliaire aux Tribunaux, ne devrait-il pas renoncer à la pratique, sous peine d'être obligé de contrevenir à certaines de ses plus importantes obligations professionnelles, au secret notamment ?

On est amené à penser qu'il serait de l'intérêt du public comme des médecins que les fonctions médicales mises au service de l'État et des collectivités fussent exercées par des *fonctionnaires-docteurs en médecine* et non par des *médecins praticiens-fonctionnaires.*

Le fonctionnaire docteur accepterait les avantages et les charges du statut des fonctionnaires (appointements fixes, mais limités, retraite, etc., mais indépendance limitée aussi). — Le praticien conserverait, avec les risques d'honoraires insuffisants, s'il ne réussit pas dans sa pratique, le droit de faire contribuer l'exercice de sa profession à l'acquisition illimitée du bien-être et, par rare exception, de la fortune.

L'analyse de ces distinctions, que les uns peuvent trouver banales et les autres trop subtiles, m'a paru utile à soumettre aux réflexions des étudiants, afin qu'ils comprennent dès le début que leur future profession, très complexe, nécessite une *préparation spéciale compliquée.*

Quand ils auront acquis, par de nombreuses années de travail, le diplôme qui les autorisera, au nom de la communauté française, à soigner leurs concitoyens malades, ils auront à la fois assumé des **devoirs** envers le corps social et reçu la consécration de **droits** corrélatifs.

L'étude de ces devoirs — *déontologie,* δεον, ce qu'il faut faire — et de ces droits — *dicéologie*, δικη, ce qui est juste (Dechambre) — sera traitée surtout dans la seconde partie de cet ouvrage, parce qu'elle est surtout d'un intérêt quotidien pour le praticien.

Mais au cours même de la formation de l'aspirant-médecin prennent place déjà des devoirs et des droits : — droits de l'étudiant à recevoir de l'État, qui lui conférera son diplôme, les meilleurs maîtres et les meilleures méthodes d'instruction ; — devoirs de sa part envers les malades qui serviront à l'instruire, envers ses maîtres et envers ses condisciples.

CHAPITRE II

Vocation de praticien.

§ I. POURQUOI ON DEVIENT ÉTUDIANT EN MÉDECINE. — DE QUELS ÉLÉMENTS SE COMPOSE LA VOCATION DE PRATICIEN. — QUELLES RAISONS A-T-ON D'AIMER SA PROFESSION ?

J'ai souvent demandé à mes élèves pour quelles raisons ils avaient commencé leurs études médicales. Ces raisons sont bien diverses, quelques-unes raisonnables, d'autres injustifiées.

Un certain nombre, fils ou proches parents de médecins, se sont trouvés tout naturellement orientés vers une profession dont ils ont pu, spectateurs et confidents, apprécier les joies et les tristesses, les angoisses, les fatigues.

D'autres n'ont été poussés que par la curiosité des sciences naturelles, qui est bien différente de l'aptitude à soigner des malades.

Il en est qui ont cru y trouver le chemin de la richesse ; car, dans certains milieux et à une certaine époque, le médecin a fait figure de riche.

Les influences dont je parle sont réelles et anciennes. Dans les amusants mémoires qu'il a laissés, Poumiès de la Siboutie nous a dit que, quand il partit du Périgord, en 1810, pour étudier la médecine, il se félicitait d'embrasser une profession apparentée à l'histoire naturelle, dont il avait pris le goût en lisant Buffon, — et, en outre, il avait toujours trouvé digne d'envie le sort des médecins qu'il voyait : « Ils étaient en petit nombre dans les campagnes. On les recevait bien, on les payait de même. Ils avaient de beaux chevaux. On leur envoyait de tous côtés des présents, des primeurs, de beaux fruits, du gibier, du poisson ; partout on leur témoignait la plus grande déférence. »

Ce tableau date d'un siècle !

Pourtant, de nos jours, bon nombre de jeunes gens ont subi l'influence de cet engouement social qui a suivi le retentissement des découvertes de Pasteur, les progrès merveilleux de la chirurgie remplissant les journaux. La mode a été au Médecin depuis quelques lustres, — le théâtre en fait foi, — comme elle avait été, au milieu du XIXe siècle, au Colonel dans le théâtre de Scribe, plus tard à l'Ingénieur dans celui de A. Dumas fils.

Sans doute on cite quelques médecins, des chirurgiens surtout, qui ont acquis de grosses fortunes par leur art, un plus grand nombre qui ont fait des mariages riches.

D'autres étudiants ont envié des médecins auréolés de politique, qui se sont élevés du mandat législatif jusqu'aux ministères et à la présidence du Conseil (1). J'en ai connu un qui n'a pris son diplôme que parce que toujours son arrondissement natal avait été représenté au Parlement par un médecin de sa famille.

C'est parfois un simple hasard, l'exemple d'un camarade de collège, qui décide de l'orientation. Le médecin belge Th. Hauben raconte qu'il était sur le point d'entrer au Séminaire quand un ami, étudiant en médecine, l'arrête, l'entraîne à la brasserie, lui crie : « A bas la calotte ! », lui propose de l'accompagner à l'Université et l'y fait inscrire.

Quelques-uns m'ont avoué franchement qu'ils avaient voulu surtout être *Étudiants* **à Paris** et que, s'ils s'étaient décidés plutôt pour la Médecine que pour le Droit, c'est que l'auréole du Carabin est plus brillante aux yeux du beau sexe que celle du Clerc de Notaire ou d'Avoué et que la fréquentation des salles de femmes des hôpitaux n'est pas sans attrait pour un novice en amour.

Le recrutement des médecins se faisait surtout autrefois dans la moyenne ou petite bourgeoisie, — exceptionnellement dans la classe ouvrière et paysanne ; cette exception est devenue fréquente par suite des dispenses d'études secondaires régulières, qui ont été si fâcheusement accordées naguère ; par la multiplication des bourses, qui ont facilité l'ascension des primaires.

Il était fort rare jadis que les fils de familles très riches songeassent à acquérir notre diplôme ; on a vu de notre temps des étudiants en médecine plusieurs fois millionnaires et de ceux-ci on n'aurait qu'à souhaiter la multiplication, car ils n'ont pas fait concurrence à leurs camarades, et il en est qui ont su faire prospérer à bon escient des œuvres philanthropiques et scientifiques.

Les étudiantes, de plus en plus nombreuses, ont été d'abord des étrangères, puis des Françaises de petite bourgeoisie ; maintenant il nous

(1) A l'époque où j'ai fait mon enquête, aucun n'avait encore sauvé son pays comme notre Georges Clémenceau.

en vient de la Haute ; les unes par désir de se créer une profession indépendante, d'autres par simple mode.

Dans trop de cas, la vocation véritable n'a joué qu'un rôle exceptionnel.

Quelques hommes faits, et même très mûrs, sont venus à la médecine après avoir essayé d'autres carrières ; j'en ai vu qui, vraiment, avaient la vocation et qui ont brillamment réussi, malgré cette orientation tardive. J'en ai connu qui s'étaient trompés lourdement et n'ont trouvé dans notre profession qu'une déception de plus.

Et ma conclusion est qu'*il faut réfléchir sérieusement à tout âge avant de se décider pour la médecine.*

LA VOCATION DE PRATICIEN

Quand un jeune homme, ayant terminé ses études secondaires, hésite entre plusieurs carrières, il est fâcheux qu'il s'engage souvent dans la nôtre sans qu'on lui en ait fait prévoir les difficultés. On ne saurait trop répandre parmi les jeunes gens cette vérité que, si tout étudiant d'instruction générale moyenne peut, après six ou sept ans d'un labeur modéré, obtenir le *diplôme de docteur* en médecine, il faut, pour utiliser honorablement ce diplôme, en exerçant la *profession de médecin* avec satisfaction pour soi-même et profit pour le public, *un certain nombre de dispositions morales* qui constituent la **vocation.**

Si d'une manière générale il y a pour toute carrière des aptitudes particulières, il en est deux pour lesquelles la vocation est indispensable : celle de prêtre et celle de médecin.

En les rapprochant, nous ne croyons pas donner prise à la critique de vouloir entourer la médecine d'une auréole de mysticisme qui n'est plus de notre temps. Notre pensée est que ces deux carrières ont comme point commun d'exiger de ceux qui s'y sont voués le *dévouement à un idéal* ou supra-terrestre ou humain, l'intention d'accepter d'avance des sacrifices que peut seule rémunérer la conscience du devoir accompli. Encore le prêtre a-t-il pour réconfort la confiance dans les récompenses futures que lui donne sa foi ; le médecin, croyant en une religion révélée, participe à cette confiance. Mais au médecin réfractaire à toute foi confessionnelle, libre penseur, positiviste ou athée, il faut aussi un idéal pour le soutenir dans les crises morales inévitables. Ce soutien, cette armature morale, peut être, suivant les caractères et suivant les conceptions philosophiques, l'*altruisme*, la *religion de l'humanité*, l'*orgueil du stoïcien* ou simplement l'*honneur professionnel.*

La première condition pour se complaire à exercer la médecine, c'est

d'aimer soulager les misères physiques, au point d'être toujours prêt à sacrifier son bien-être personnel à la nécessité de porter secours à ceux qui souffrent, comme le prêtre digne de ce nom doit éprouver une irrésistible attraction vers les misère morales. Dans tant de circonstances chez l'homme, les misères physiques *et morales* étant liées indissolublement, il doit y avoir dans l'âme du médecin une part de ce qui fait le bon prêtre.

Me dira-t-on que le désir de gagner de l'argent ou les avantages sociaux que donne la célébrité pourraient suffire à provoquer et entretenir le zèle professionnel ?

Discutons cette question.

S'il ne cherchait le stimulant de son effort professionnel que dans l'obtention des avantages pécuniaires et sociaux, le médecin n'aurait d'ardeur pour se porter au secours des malades que s'ils sont riches ou tout au moins capables de rétribuer ses soins, ou si leur guérison doit illustrer le nom du praticien. Il y a peut-être quelques médecins qui n'agissent que sous l'empire de ces sentiments intéressés, mais ils refuseraient donc de se porter au secours des pauvres, de soigner ceux dont la guérison ne leur apportera pas une satisfaction de vanité, un titre à des distinctions honorifiques? En admettant qu'ils pussent trouver une satisfaction suffisante dans la conquête de la richesse ou la gloriole des décorations, ce ne serait jamais qu'après un long exercice professionnel qu'ils récolteraient ces avantages. Or quiconque a pratiqué notre profession se rend rapidement compte que les fatigues et les soucis qu'elle entraîne sont intolérables pour qui n'y trouve pas une compensation plus prochaine que l'espoir lointain de s'enrichir, ou d'être décoré, ou d'obtenir quelque mandat électif. D'ailleurs, cet espoir lointain ne serait le plus souvent qu'une duperie : car il suffit de jeter un regard sur la statistique pour se convaincre que sur cent médecins il n'y en a pas dix qui trouvent, à la fin de leur carrière, la fortune, à un âge où l'on ne peut presque plus en jouir, ou une renommée plus que locale, ou les satisfactions discutables de la notoriété politique. Les quatre-vingt-dix autres auraient donc été dupes de ce mirage et auraient usé leur vie à une besogne rebutante sans compensation.

Mais, dira-t-on, la *curiosité scientifique* soutien l'ardeur professionnelle : pour qui s'est une fois intéressé à l'étude des maladies, l'attente d'un cas nouveau est un stimulant qui fait accepter la fatigue et les soucis. — Il y a certes dans cette vue une grande part de vérité ; mais ce n'est guère que dans la condition exceptionnelle du médecin d'hôpital que la curiosité scientifique peut trouver complète satisfaction. Le praticien ordinaire, qui ne peut pas vérifier l'exactitude de son diagnostic par l'autopsie dans les cas obscurs, qui ne peut pas toujours suivre ses malades d'aussi près qu'il faudrait pour assister à toutes les péripéties du drame pathologique (les malades ne veu-

lent pas de visites aussi fréquentes ou sont trop éloignés ou changent de médecin, etc.), — ce médecin ne retrouve plus dans sa pratique professionnelle le contentement intellectuel qu'il avait connu pendant ses études, quand il pouvait suivre quotidiennement l'évolution des maladies, et assister à la justification ou à la rectification du diagnostic et du pronostic, du triomphe de la thérapeutique, goûter en un mot la joie inhérente à la recherche scientifique. Sans doute, avec moins d'intensité et de plénitude, avec des déceptions fréquentes, le praticien, qui débute avec un bagage scientifique suffisant, qui se tient au courant des acquisitions nouvelles, peut continuer à goûter cette joie. Mais elle sera rare et trop souvent incomplète.

En revanche, ce qui ne manquera pas un jour, c'est la fatigue, la tyrannie de l'appel imprévu, l'impossibilité presque absolue de se réserver quelque loisir; il ne connaîtra même pas le repos à heure fixe de l'employé, la journée de huit heures du travailleur manuel, la nuit paisible, la semaine anglaise. Chaque jour lui apporte le souci cuisant de la responsabilité : est-il certain d'avoir fait tout ce qu'il pouvait pour faciliter la guérison ? A-t-il dit ce qu'il fallait pour se faire comprendre de son entourage, pour assurer l'exécution de son traitement ? Quelque négligence ou quelque erreur de sa part ne va-t-elle pas entraîner une catastrophe dans une famille ? Comment ce qu'il dit, ce qu'il fait, va-t-il être apprécié par l'entourage du patient, par les confrères jaloux ? etc.

Rentré au logis, il demeure obsédé par ses préoccupations : distrait, il est comme étranger à la table de famille, — quand il peut prendre ses repas avec les siens. Il connaît trop souvent la souffrance de voir ses bonnes intentions méconnues, de récolter l'ingratitude. Comment supporter cette pénible vie, sans ce réconfort qui est *l'amour de sa profession* ?

Or *quelles sont les raisons qu'ont les médecins d'aimer leur profession ?* — Elles sont multiples et variables pour chacun de nous et diversement combinées. Voici, je crois, les principales :

La curiosité sans cesse tenue en éveil par l'évolution toujours différente de chaque cas, malgré le nombre de ceux qu'on rencontre ; — sentiment qui existe même chez ceux qui restent sceptiques au sujet de l'efficacité de leur intervention thérapeutique.

Le sentiment de satisfaction d'avoir réussi, chez ceux qui ont, au contraire, confiance en leur pouvoir de guérisseurs, et c'est le cas incontestable pour le chirurgien et tous les actes d'intervention manuelle.

La douceur de recevoir l'expression de la gratitude de l'homme guéri ou seulement soulagé, satisfaction telle, qu'elle persiste même après que de trop nombreuses expériences ont donné au praticien la conviction que cette gratitude est presque toujours éphémère, — et qui peut-être même est plus intense à cause de la rareté des cas incontestables où la gratitude persiste. —

Ce sentiment entre sans doute pour une part dans la mentalité de beaucoup de personnes qui exercent passionnément l'exercice illégal et dont bon nombre n'en tirent aucun avantage pécuniaire (religieuses, curés, femmes du monde).

Le sentiment, plus noble chez quelques-uns, d'accomplir une tâche difficile dans des conditions d'autant plus méritoires qu'elle ne trouve pas souvent une rémunération proportionnelle ; c'est le sentiment de la supériorité que donne la conscience d'un acte au-dessus du commun.

Laissons une place à l'espoir d'une récompense ultra-terrestre pour tous les hommes de foi religieuse, et au sentiment — religieux aussi au sens étymologique et philosophique — de ceux qui considèrent la solidarité humaine comme un idéal suffisant pour engendrer des actes de sacrifice.

Voilà bien des éléments, les uns très nobles, d'autres moins respectables, mais dont la multiplicité permet de comprendre pourquoi le nombre des personnes ayant une vocation médicale réelle, aimant leur profession pour elle-même, est assez grand pour qu'il ne soit pas désirable de voir s'y ajouter des hommes mus uniquement par le désir d'échanger leurs soins contre de l'argent. Cette dernière catégorie existe ; il est désirable que ce soit la moins nombreuse. On y trouve pourtant d'honnêtes praticiens, que l'éducation, les bons exemples et le désir de conserver l'estime de leurs clients protègent contre les tentations du mercantilisme.

Comme moyens de vérifier la vocation, Paul Rabier (1) proposait de soumettre l'aspirant étudiant à un *stage d'infirmier,* aussitôt après l'examen du P. C. N., stage de trois mois, avec gardes de nuit et toutes les exigences les moins poétiques de la profession : un examinateur, avant de l'autoriser à s'inscrire à la Faculté, s'assurera qu'il sait faire un lit, habiller et déshabiller un malade, le transporter, préparer un bain sinapisé, faire un cataplasme, confectionner une tisane, soigner un vésicatoire, poser des sangsues, des ventouses, les scarifier, faire une saignée (il y a des docteurs qui l'ignorent), donner un lavement, faire une friction, un massage, prouver en somme « la pratique et les vertus d'un garde-malade, doux, complaisant ».

Et ce stage se ferait pendant les vacances!... afin de lui faire comprendre que « dans la profession qu'il veut embrasser il lui faudra souvent renoncer à un repos bien gagné, à des plaisirs, à des joies de famille, pour aller rendre les soins les plus infimes à des inconnus. »

Pendant ce stage, on ferait à l'aspirant un cours de déontologie suivi d'un

(1) *Grandeurs et misères médicales. Apprentissage et vocation.* (*Médecine moderne*, 2 avril 1910.)

examen oral, afin qu'il ne pût ignorer les obligations morales auxquelles sa future profession l'engage.

Je souscrirais bien volontiers à une réforme de ce genre.

§ 2. QUALITÉS NÉCESSAIRES ET SUFFISANTES POUR ÊTRE UN BON PRATICIEN

La vocation suffit-elle ? — Non, il faut y joindre certaines aptitudes et qualités.

Quand je parle des qualités nécessaires au médecin, j'entends viser surtout le médecin praticien moyen, le médecin de famille, celui qui doit représenter le type professionnel, dont le rôle est aussi malaisé que méritoire.

Il va sans dire que dans certaines situations médicales spéciales, certaines qualités spéciales sont désirables et, par contre, certains défauts sont moins nuisibles. Ainsi le grand chirurgien qui passe pour pouvoir seul répondre à certains besoins de la clientèle, le professeur consultant dont la réputation est telle que le public admire jusqu'à ses tics et à son laisser-aller, semblent au-dessus de la loi commune. Il y a des spécialités dont l'exercice requiert uniquement la virtuosité technique et où il importe peu qu'on soit doué de qualités morales. D'ailleurs les qualités primordiales d'un spécialiste pour enfants ou femmes ne sont pas celles qui importent à un médecin militaire ; telles qualités sont plus nécessaires dans certains milieux sociaux.

Mais, laissant de côté ces nuances, je suis convaincu de l'exactitude des deux propositions suivantes :

1° *Il n'y a guère de réussite possible sans la réunion d'un certain nombre de qualités physiques, intellectuelles* et *morales ;*

2° *Si on a ces qualités, la réussite est certaine*, — plus ou moins rapide, bien entendu, et plus ou moins complète, suivant d'autres circonstances indépendantes du médecin, mais accessoires.

QUALITÉS PHYSIQUES

Une heureuse physionomie est toujours un atout dans le jeu de la vie, mais nous avons tous vu réussir des hommes très disgraciés physiquement.

Une *bonne santé* est indispensable à un futur praticien. Paul Rabier parle d'éliminer les tuberculeux en puissance, les cardiaques, les sourds, les épileptiques, les coxalgiques, les pottiques, etc., car il est bien assez fâcheux qu'un praticien soit au cours de sa carrière obligé de suspendre sa

profession ou de restreindre son activité pour qu'on hésite à décourager formellement de s'y engager un jeune homme atteint d'une des grosses tares susdites. A ceux qui en sont affectés et qui persistent à vouloir être médecins, il faut conseiller de se confiner dans l'exercice de certaines spécialités peu fatigantes ou de se consacrer aux travaux du laboratoire.

Deux qualités sont indispensables : la *propreté* et la *bonne tenue*.

Il y a des médecins qui n'ont jamais compris que, pour avoir négligé de les acquérir, ils n'avaient pu conserver de clients hors des milieux sociaux les moins rémunérateurs. Des mains mal lavées, des ongles sales, une barbe inculte, des dents trop rarement brossées, des vêtements tachés et débraillés sont incompatibles avec une clientèle de choix.

Le médecin ne doit exhaler aucune odeur désagréable. L'odeur du tabac répugne à la plupart des malades, même à ceux qui, bien portants, ne la détestent pas, même aux fumeurs. Les doigts jaunis par de trop nombreuses cigarettes, la barbe et les vêtements imprégnés d'un relent de tabac rendent insupportables au patient et surtout à la patiente la palpation et l'auscultation de la partie antérieure du thorax.

Il n'est même pas indifférent de se couvrir de parfums violents : *Qui bene olet, male olet*. On lit dans les mémoires de Dangeau que la Dauphine, malade à Tournai, ne consentit à recevoir un médecin qu'après qu'il eut pris un bain et changé d'habits : « tant il était parfumé qu'elle en avait eu des vapeurs ».

Rattacherai-je aux qualités requises la *sobriété*? Elle est habituelle parmi nous. Pourtant on entend encore parfois citer quelques rares confrères dont leurs clients disent qu'ils sont d'excellents praticiens à condition d'être consultés à jeun et avant l'heure des apéritifs. Il n'est pas mauvais que le médecin déploie un certain raffinement dans la sobriété et donne l'exemple de la lutte sacrée contre l'alcoolisme.

QUALITÉS INTELLECTUELLES

Plaçons au premier rang la rectitude de jugement et la sagacité.

Le *bon sens* nous permet de distinguer, au milieu de faits en apparence contradictoires, de quel côté est la vraisemblance. La logique dans le raisonnement est un don naturel qu'on fortifie par les mathématiques et la philosophie : ce serait une erreur de supprimer cette dernière des études d'un futur médecin.

Si la métaphysique mal enseignée peut conduire à un nuageux scepticisme, la connaissance de l'histoire de la philosophie prépare à comprendre certaines erreurs et déviations dans l'histoire de la médecine. D'ailleurs le

doute cartésien est nécessaire au biologiste et il doit savoir apprécier la valeur d'une preuve et la rigueur d'un raisonnement.

A une suffisante dose d'esprit géométrique le médecin doit associer une part, au moins égale, de cet esprit de finesse, comme le dénomme Pascal, qui est le fondement de la critique et de l'analyse psychologique des caractères.

La *mémoire* n'est pas moins nécessaire et sous toutes ses formes. La plus précieuse est celle qui repose sur les associations d'idées réfléchies, celle qui nous permet d'emmagasiner et de retrouver rapidement le souvenir du passé de nos malades, celle qui a pour base le développement du sens visuel et que l'éducation médicale doit développer chez l'étudiant en lui fournissant le plus d'occasions possible de *voir* et de *toucher*. C'est la mémoire de l'anatomiste et du chirurgien, et qui a pour moyen fondamental la dissection. Mais, comme il est impossible que le futur médecin puisse avoir vu tout ce qu'il aura été nécessaire de lui enseigner, il lui faut aussi la mémoire auditive, la mémoire des mots, celle qu'on n'a pas toujours innée ou héréditaire et qu'il faut acquérir au cours des classes par une gymnastique de leçons, qu'on a peut-être trop cultivée dans l'ancienne pédagogie, mais qu'on méprise parfois abusivement dans celle du jour.

Le *goût du travail intellectuel* est indispensable ; sinon, le technicien le plus habile ne restera qu'un manœuvre. Le médecin doit être instruit, d'une instruction étendue et solide, instruction littéraire et scientifique. L'instruction générale est nécessaire au praticien, — qui est en contact avec tous les milieux dans notre époque d'interpénétration sociale, — pour qu'il ne soit jamais sensiblement inférieur à ses clients de tout rang, s'il veut acquérir et conserver sur eux une influence indispensable.

Si instruit qu'il soit, il doit se garder de faire parade de ses connaissances. Être instruit n'oblige pas à être pédant.

QUALITÉS MORALES

En celles-ci réside la vraie garantie du succès. Rien ne les remplace, ni la science, ni l'esprit, ni les relations, ni les protections et, à la rigueur, elles peuvent, dans certains cas, suppléer à l'insuffisance des autres.

Les trois fondamentales sont la bonté, la patience et la discrétion.

La *bonté* est une qualité essentiellement innée ; l'éducation et surtout l'exemple ne peuvent qu'en développer le germe. De la bonté découle le désir de soulager les souffrances physiques et morales. Si la curiosité des maladies peut faire le savant, c'est l'amour des malades qui fait le médecin.

De la bonté découle la *patience*, mais celle-ci peut et doit être cultivée au plus haut degré. Un humoriste a dit que les hommes qui devaient déployer le plus de patience étaient le jardinier, le marin (à l'époque où on ne naviguait qu'à la voile), l'auteur dramatique qui a tant de peine à se faire jouer... et le candidat à une Académie. Je crois que c'est au médecin que doit appartenir le record de la patience : ne doit-il pas être patient avec le malade, patient avec la maladie et patient avec l'entourage ? Aux objections si souvent ridicules qu'on lui fait, à l'impatience qu'on lui témoigne, il ne doit opposer ni l'indignation, ni l'ironie, mais, suivant les milieux, une bonhomie cordiale ou une froideur ferme et polie.

La patience n'exclut pas le souci de notre dignité, elle en est souvent la meilleur sauvegarde.

La *discrétion* ne comporte pas seulement l'observation stricte du secret médical, qui de tout temps fut considéré comme le principal de nos devoirs, qu'Hippocrate a formulé le premier et que le Code pénal sanctionne. La discrétion ne se borne pas à ne pas trahir les secrets qui nous sont confiés. Elle nous impose encore d'éviter, dans nos rapports avec les familles, toute question qui n'a pas d'utilité au point de vue du malade ; si nous sommes toujours prêts à accueillir les confidences, ne les provoquons pas et sachons souvent les détourner quand elles ne sont pas d'ordre médical ; nous éviterons ainsi bien des désagréments. Dans les milieux si divers que le médecin traverse, il doit tout voir sans paraître regarder, deviner souvent sans questionner et donner aux malades comme à leur entourage l'impression qu'il est uniquement préoccupé de l'exercice de sa profession.

La discrétion est fonction du *tact*, cette antenne morale qui pressent les difficultés sociales et aide à les écarter ; elle est sœur de la *prudence*, qui doit régir notre langage et nos actes.

Moins relevée que les qualités précédentes, mais précieux avantage professionnel, est l'*exactitude*, cette forme jadis royale de la politesse, que n'exclut pas pourtant l'esprit démocratique et dont l'absence est sans nul doute nuisible à certains praticiens. C'est d'ailleurs une habitude qui peut et doit s'acquérir au cours des études.

Je n'aurais pas à parler des qualités qui sont moins professionnelles qu'humaines, l'honnêteté et le courage, si je n'avais à souligner que *l'honnêteté* médicale consiste non seulement à se mettre en règle avec le Code, mais aussi à s'interdire le charlatanisme et la réclame, et que la pratique de la médecine exige *toutes les formes* du *courage*, celui qui ne craint pas plus la calomnie et les préjugés que la contagion, le couteau de l'aliéné ou les horreurs du champ de bataille. Notre histoire passée, comme celle d'hier, atteste que nulle profession ne peut se glorifier de plus nombreuses et plus glorieuses victimes du devoir.

CHAPITRE III

Difficultés inhérentes à la formation du médecin.

§ I. FORMATION MORALE, FORMATION TECHNIQUE. LEURS BASES. — DEVOIRS DES MAITRES. — COMPLICATIONS ET LACUNES DE L'ENSEIGNEMENT OFFICIEL. — PLAN IDÉAL D'ORGANISATION D'UNE ÉCOLE DE MÉDECINE PRATIQUE.

Pour réaliser un bon médecin il faut une formation morale et une formation technique.

Comme base de la formation morale, la vocation, dont nous avons analysé précédemment les éléments, est indispensable ; elle peut à la rigueur quelquefois suffire, fournissant à celui qui la possède des inspirations heureuses, qui lui font imaginer la solution d'un cas embarrassant, sans qu'un maître ait eu à lui enseigner celle qu'ont fixée la tradition ou la loi.

Elle a besoin pourtant en général d'être fortifiée et guidée par les maîtres ; l'enseignement moral doit tracer les règles de conduite, soit d'une façon didactique dans un cours spécial de déontologie, soit par des aperçus familiers, des conversations autour des lits des malades au fur et à mesure que les hasards de la clinique font surgir les thèmes de ces conversations ; cet enseignement familier n'est pas le moins fructueux — un Lasègue y excellait. — mais il risque fort d'être incomplet et ne peut servir que d'illustration au premier ; c'était pourtant le seul que jusqu'à nos jours recevait l'étudiant, à la condition que sa bonne étoile l'eût conduit vers un des rares maîtres qui fussent pénétrés de l'importance de cet enseignement moral et prissent la peine de le répandre autour d'eux.

La *formation technique* doit avoir pour base un organisme pédagogique, qui comporte :

1° Des maîtres, conscients de leur tâche et aptes à la remplir ;

2° Un matériel pédagogique adéquat au but à atteindre (hôpitaux,

laboratoires), un outillage aussi perfectionné que le comporte l'état actuel de la science.

Plus les moyens matériels d'instruction sont perfectionnés, plus le temps nécessaire à la formation technique peut être abrégé ; les maîtres les plus instruits et les mieux intentionnés, s'ils sont mal outillés, ne peuvent former de bons élèves qu'avec beaucoup de temps ; ils sont obligés d'attendre que les hasards de la clinique aient amené sous les yeux de ceux-ci les cas à étudier, tandis que si, dans des hôpitaux appropriés à l'enseignement, on a pris soin de réunir des cas variés en nombre suffisant, les étapes de l'instruction sont plus vite franchies. On peut encore abréger le temps par le choix de méthodes meilleures, en groupant les cas similaires, en complétant l'examen clinique par les planches, les moulages, les films, les tableaux synoptiques, en assemblant autour du maître un personnel d'assistants assez nombreux pour encadrer étroitement les étudiants.

Malgré tous ces perfectionnements, le cycle des études médicales est si vaste qu'il faudra toujours de nombreuses années pour le parcourir ; et d'ailleurs il est un élément dont il faut tenir compte, c'est la capacité d'absorption et de digestion de l'intelligence des étudiants pour les notions que le maître leur apporte : l'enseignement ne peut être fructueux, s'il se borne à empiler dans la mémoire des faits et des mots ; il faut que la réflexion, la comparaison aient amené l'assimilation de toute cette pâture scientifique.

Ceux qui ont la charge, honorable et redoutable, de former des médecins, ont un double devoir.

Ils en ont un *vis-à-vis de la société,* puisque le diplôme conféré par l'État est un monopole et qu'un malade s'adressant à un docteur quelconque doit pouvoir être assuré de trouver en lui les connaissances que suppose ce diplôme, et aussi puisque le rôle du médecin, en dehors des soins à donner aux malades, est requis par la société dans nombre de circonstances : expertises médico-légales, préservation de la santé publique, application des lois sociales.

Ils en ont un *vis-à-vis de l'étudiant,* qui vient leur demander les moyens d'acquérir toutes les connaissances et les qualités grâce auxquelles il pourra vivre de sa profession, sans craindre d'être écrasé par la concurrence de confrères plus instruits.

Un médecin insuffisant ne peut lutter contre la concurrence que par des moyens malhonnêtes ; il est un danger social.

Il est de plus en plus difficile de former un médecin complet, c'est-à-dire possédant à la fois les qualités morales et l'ensemble des connaissances

scientifiques qui constituent actuellement l'état de la science; car ces connaissances s'accroissent de jour en jour.

Les qualités morales et sociales sont à peu près les mêmes depuis qu'il existe des médecins; elles peuvent toujours être enseignées et acquises; elles sont si nécessaires que, sans elles, les connaissances scientifiques n'assureront jamais la réussite.

Mais les connaissances scientifiques qu'on peut théoriquement exiger d'un docteur en médecine capable de répondre à toutes les exigences de la médecine actuelle sont en réalité trop étendues pour la moyenne des étudiants : elles exigeraient plus de temps que le cycle officiel des études et trop d'aptitudes diverses.

Or, par une antinomie sociale, c'est le médecin de campagne, isolé, qui devrait pouvoir disposer de toutes les ressources du diagnostic et de la thérapeutique. Tout ce qu'on peut obtenir, c'est que le docteur qui se destine à être « omnipraticien » possède, outre un bon fonds de connaissances générales, les éléments des spécialités principales à un degré suffisant pour donner des soins courants ou urgents et surtout pouvoir apprécier le moment exact où sa compétence s'arrête, où il doit faire appel à l'intervention du spécialiste.

Outre l'obstétrique courante, il doit, en chirurgie, connaître les règles des pansements, la pose des appareils pour fractures, la réduction des luxations, et savoir pratiquer certaines opérations urgentes : la kélotomie, la trachéotomie, le tubage, la pleurotomie et la laparotomie avec sutures intestinales. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce point et de souligner l'insuffisance actuelle de l'enseignement de cette chirurgie d'urgence.

Le nombre des docteurs appelés à pratiquer la médecine générale et les cas urgents des spécialités ne peut aller qu'en diminuant par suite des conditions de la vie contemporaine, la facilité et la rapidité de plus en plus grandes des communications permettront à chacun d'eux d'exercer dans un rayon plus étendu et par conséquent de soigner un plus grand nombre de malades, en même temps que ceux-ci se déplaceront plus aisément pour aller consulter les spécialistes dans les centres de plus en plus nombreux où ils se seront fixés.

Il paraît donc désirable que les docteurs adonnés à des spécialités soient de plus en plus nombreux et que l'*éducation technique des spécialistes* tienne une place plus large dans les préoccupations des dirigeants de l'enseignement que cela n'a été jusqu'à ce jour.

Même pour satisfaire à toutes les nécessités de la médecine privée, pour faire bénéficier les malades de toutes les ressources incontestées de la science, il faut que plus de médecins se spécialisent et se prêtent tour à tour assistance : outre les omnipraticiens, dont on peut prévoir la diminu-

tion, il faut des chirurgiens et des accoucheurs, des ophtalmologistes, des otorhinolaryngologistes, des urologistes, des physiothérapeutistes (électricité, radiologie, mécanothérapie, hydrothérapie, etc.)

Si on tient compte ensuite de l'obligation où se trouve de plus en plus la communauté de faire appel aux connaissances médicales pour sa défense contre les épidémies, pour l'hygiène des villes, pour la surveillance des écoles, la médecine légale, on doit reconnaître que, pour le service du public, il y a nécessité d'un nombre croissant de spécialistes en « médecine publique ».

Les examens de doctorat, tels qu'ils fonctionnent, n'offrent qu'une garantie tout à fait insuffisante au public touchant la connaissance pratique des spécialités, pour deux raisons. La première, c'est que les examinateurs eux-mêmes font défaut, puisque les professeurs et agrégés de spécialités sont inexistants dans plusieurs des spécialités, ou trop peu nombreux pour celles qui ont été officiellement enseignées; — la seconde raison est que l'enseignement de celles-ci est presque uniquement théorique.

Or toutes les spécialités requièrent des actes opératoires, une technique manuelle qui ne peut être acquise que par l'exercice: pour que chaque étudiant pût savoir manier un ophtalmoscope, un laryngoscope, faire des opérations sur les yeux, les cavités nasales, la mastoïde, pour qu'il pût apprendre la radioscopie et la radiothérapie, il faudrait qu'on eût pu lui fournir et des malades et des appareils et des occasions fréquentes de s'en servir sous la direction et la surveillance de moniteurs habiles. Un tel enseignement est à créer presque en entier et ne peut l'être qu'à la condition de disséminer les étudiants en un nombre tel de services cliniques que chacun d'eux puisse, à mainte et mainte reprise, être en mesure de s'exercer. On aura beau multiplier les moyens d'enseignement théorique qui peuvent être utilisés pour faire voir à un groupe d'étudiants la technique d'une spécialité : planches, films, opérations exécutées devant eux, on n'arrivera à donner à chacun d'eux valeur de spécialiste que s'il a pu lui-même mettre la main à la pâte, manipuler, opérer.

D'ailleurs, étant donné le nombre croissant des acquisitions scientifiques et des progrès techniques, la signification probatoire du doctorat actuel deviendra de plus en plus mince comme garantie de la valeur d'un spécialiste, si on n'y ajoute pas celle d'épreuves obligatoires dans sa spécialité.

Mais les spécialistes ne peuvent se concevoir sans un fonds commun de connaissances, qui constitue le minimum de ce que doit savoir un docteur en médecine.

La difficulté dans l'organisation des études médicales est donc de concilier la nécessité de donner ce fonds commun à tous les étudiants, de s'assurer

qu'ils le posséderont tous avant d'être autorisés à accomplir aucun acte médical sous leur seule responsabilité, avec la possibilité d'acquérir les connaissances spéciales plus étendues qui sont nécessaires à l'exercice de chacune des spécialités de la pratique civile et des fonctions de la « médecine publique ».

Il suffit d'avoir fait partie d'une commission d'organisation des études médicales pour apprécier l'extraordinaire difficulté qu'il y a à réaliser pratiquement les moyens d'atteindre ces divers objectifs, surtout quand on ne peut faire table rase des institutions existantes dans un pays de civilisation déjà si ancienne. On conçoit une telle organisation, si on créait sur terrain vide et avec des ressources pécuniaires illimitées un enseignement complètement neuf, comme on fait en Amérique une ville nouvelle.

En ce cas, on dirait : le point central de tout l'enseignement médical est le malade, c'est-à-dire l'hôpital; c'est en faisant graviter autour de l'hôpital toutes les applications des sciences à l'art médical qu'on réalisera logiquement l'enseignement le plus fructueux et le plus rapide.

Rêvons ce plan.

Autour d'un hôpital, comprenant, outre des salles de médecine et de chirurgie générale, des salles consacrées à toutes les spécialités et des pavillons d'isolement pour les maladies contagieuses, se grouperaient tous les laboratoires, les uns pour travaux pratiques, les autres pour recherches scientifiques, les salles de cours théoriques.

Le nombre des étudiants ne devrait jamais excéder celui des places disponibles, de telle façon que la presse dans les salles de clinique ne portât préjudice ni au bien-être des malades, ni à l'instruction des élèves, et que dans les laboratoires tous pussent également prendre part aux manipulations.

Grâce à la juxtaposition des hôpitaux et des laboratoires, les élèves pourraient, sans perdre de temps, passer continuellement de la théorie à l'application pratique sous la direction de maîtres, dont les heures d'enseignement seraient calculées pour éviter les doubles emplois et les lacunes, et dont les programmes méthodiquement gradués convergeraient vers un but commun, aidés par un nombre suffisant d'assistants, de préparateurs et de moniteurs, aussi bien pour la propédeutique, la séméiotique clinique que pour la démonstration de toutes les sciences médicales.

Un tel organisme universitaire, pourvu de toutes les ressources de la science contemporaine et de crédits suffisants, assurerait sans à-coups, en un cycle de sept à dix ans, la formation technique irréprochable de médecins praticiens de tous les ordres, omnipraticiens des campagnes et des villes ayant une forte instruction générale avec des connaissances élémentaires des principales spécialités qui leur permissent d'y faire appel en

temps opportun — et les spécialistes de tout genre qui assureraient sur toute l'étendue du pays les bénéfices de tous les progrès scientifiques aux malades, en même temps que le bon fonctionnement de tous les services publics.

Tel est l'idéal d'une *École de médecine pratique*. Elle n'aurait pas pour but de faire progresser la science; ce serait l'*Institut technique*.

A part, devrait exister l'*Institut des hautes études médicales*, des recherches scientifiques, dont le personnel se recruterait parmi les savants chercheurs, les pionniers de la découverte, et dont le public comprendrait les étudiants aspirant, après la fin de leurs études pratiques, à la recherche désintéressée ou même s'y consacrant dès le début, ainsi que les docteurs français et étrangers désireux de connaître l'état actuel de la science.

Convaincu depuis longtemps de cette nécessité de dédoubler l'enseignement de la médecine en une École de Pratique et une École de Haute science, j'ai été heureux de constater que cette idée était aussi celle du professeur G. Hayem, exprimée par lui fort nettement dans sa leçon d'adieu, quand, atteint par la limite d'âge, il a quitté sa chaire de Clinique, avec toute l'autorité que lui confèrent tant d'années d'un irréprochable enseignement dans plusieurs chaires : « La médecine, a-t-il dit, quoique très vieille, même en ne remontant qu'à Hippocrate, est relativement jeune, en ce sens qu'elle n'a pris une forme réellement scientifique que depuis un temps récent : on peut donc dire qu'elle est en pleine période d'évolution. Par suite, elle comporte deux sortes distinctes d'enseignement : un enseignement élémentaire, professionnel; un enseignement supérieur. Le premier a pour objet de former des praticiens, de leur apprendre la technique de leur profession, de leur inculquer les notions classiques, les notions incontestablement acquises et d'une application pratique indéniable. Le second se propose de faire progresser les diverses branches des connaissances médicales.

« Ces deux enseignements, ayant des buts différents, doivent être donnés à l'aide de deux organismes distincts, appropriés à leurs fins. Ils réclament deux écoles différenciées. C'est là, à mon avis, la base fondamentale, le principe directeur de la réforme des études médicales. Les deux genres d'enseignement étant actuellement confiés aux mêmes hommes, on peut dire que l'organisation pèche par la base. »

Hélas! nous sommes encore loin de cet idéal, à Paris. Nos établissements d'enseignement et de recherches scientifiques s'enchevêtrent par suite de la fatalité de leurs développements historiques. Les maîtres qui en occupent les chaires sont poussés dans des directions parfois contradictoires, ayant en face d'eux des étudiants qui recherchent des buts différents, et se sentant eux-mêmes quelquefois désorientés dans leur tâche par la double

préoccupation de maintenir le renom scientifique de leur chaire, en traitent les sujets avec une hauteur de vues qui est inaccessible à une partie de leurs auditeurs et de préparer une autre partie de ceux-ci à des examens plus terre à terre.

Qui ne sait combien il est rare qu'un homme ait à la fois les qualités d'un savant, d'un enseigneur, et, j'ajouterai, d'un examinateur? Car les professeurs sont en même temps examinateurs. Est-il permis de dire que tous ne s'acquittent pas toujours de cette partie de leur tâche avec la double préoccupation de s'assurer de l'instruction complète de chaque candidat et cependant de ne pas exposer à un échec, par une question mal choisie ou mal posée, d'un ordre trop élevé ou trop peu pratique, un candidat pourvu d'une instruction moyenne suffisante?

Nous avons, à Paris, au Collège de France, une chaire de médecine et plusieurs chaires qui traitent de sciences médicales, — la Sorbonne, où se prépare l'examen primordial du P. C. N.; — l'Institut Pasteur, dont l'enseignement est si étroitement lié aux progrès de la médecine, — sans parler du Muséum d'histoire naturelle. La fréquentation de ces établissements d'enseignement supérieur est donc au moins utile à la formation du médecin, — en y ajoutant l'École vétérinaire d'Alfort, où l'enseignement de la pathologie comparée est une source de connaissances de plus en plus nécessaires aux étudiants désireux de pousser leurs efforts dans une direction scientifique.

Or l'éloignement de ces divers établissements, l'indépendance absolue de leurs organisations, leurs horaires individuels en écartent la plupart des étudiants en médecine, qui pourraient y chercher le complément de l'enseignement que leur offre la Faculté de médecine de Paris.

Celle-ci comporte des chaires qui, quoique nombreuses, ne représentent guère qu'une partie des spécialisations déjà acceptées; la plupart sont plutôt théoriques que pratiques, en ce sens que les moyens de permettre à chaque étudiant les manipulations sont insuffisants. D'ailleurs ces chaires ne disposent que d'un trop petit nombre de services hospitaliers; si bien que pour l'ophtalmologie, l'otorhinolaryngologie, la plupart des étudiants qui veulent se spécialiser en ces matières doivent compléter les connaissances que leur offre le service spécial de la Faculté par la fréquentation d'autres services hospitaliers dirigés par des spécialistes étrangers à la Faculté ou de cliniques privées. On en peut dire autant de la radiologie, de l'électrothérapie, de l'hydrothérapie.

Quant aux cliniques de médecine et de chirurgie générales, elles sont en nombre tout à fait insuffisant, bien qu'un progrès vienne d'être réalisé par la transformation d'une des chaires de pathologie médicale en clinique des maladies infectieuses.

§ 2. LA FACULTÉ DE PARIS ET LE CORPS MÉDICAL HOSPITALIER. — HISTORIQUE. — RÉFORMES EN PERSPECTIVE

Heureusement à côté de cet enseignement officiel, qui, malgré le talent de ses maîtres et leurs efforts pour combler peu à peu des lacunes depuis si longtemps signalées, n'a pu encore y réussir pleinement, existent ces nombreux Hôpitaux de la Ville, qui contiennent d'inépuisables matériaux d'études. Les services en sont dirigés par un corps médical, chirurgical et obstétrical dépendant de l'administration de l'Assistance publique de Paris, mais dont les membres sont recrutés depuis un siècle par un concours très difficile, qui exige la preuve de connaissances médicales égales à celles des professeurs de Faculté, avec un talent d'exposition et d'enseignement hors de toute contestation. D'ailleurs bon nombre de ces médecins, chirurgiens et accoucheurs sont en même temps agrégés en exercice ou anciens agrégés de la Faculté. C'est grâce à leur concours bénévole, ou après entente avec celle-ci pour un certain nombre d'entre eux, que, depuis un siècle, ont pu se former la plupart des médecins français. C'est aussi grâce à l'existence d'une école personnelle (dite Amphithéâtre de Clamart) qu'une partie notable des étudiants (externes et internes attachés aux hôpitaux par concours) peut se perfectionner en anatomie et médecine opératoire.

Malgré ce point défectueux de notre organisation, on s'accorde à reconnaître que le praticien français est en moyenne supérieur aux praticiens étrangers.

« C'est grâce à l'enseignement pratique que les Médecins des Hôpitaux donnent chaque jour en faisant leur service que nous avons en France un grand nombre de praticiens vraiment dignes de ce nom et que se propage jusqu'à l'étranger le bon renom de la clinique française. » (G. Hayem.)

Les hôpitaux parisiens ont vécu pendant une partie du XIXe siècle d'une vie indépendante ; l'Administration autonome qui les dirigeait disposait d'une fortune constituée au cours des siècles par des donateurs et dont les revenus étaient complétés par des subventions Municipales, le Droit des pauvres, c'est-à-dire un prélèvement sur les recettes des théâtres, etc. Peu à peu, les revenus étant insuffisants, le capital a été entamé, puis absorbé complètement par la création de nouveaux hôpitaux, de laboratoires, d'un personnel mieux rétribué ; parallèlement les subventions municipales ont augmenté et actuellement l'Assistance publique de Paris est un service exclusivement, sinon officiellement, municipal.

Par suite d'une entente ancienne, les cours de clinique de la Faculté sont donnés dans des services que l'A. P. lui loue, et depuis quelques années le Conseil municipal, voulant témoigner son intérêt à l'enseignement officiel,

a créé à la Faculté des Cliniques Municipales (maladies chirurgicales des enfants, gynécologie, etc.).

Ce dualisme de la Faculté d'État, ressortissant au Ministère de l'Instruction publique, en partie logée dans les hôpitaux de la Ville de Paris, — et du Corps médico-chirurgical hospitalier, dépendant surtout du Conseil municipal et pourtant rattaché au Ministère de l'Intérieur par l'intermédiaire de la Préfecture de la Seine, — constitue un enchevêtrement qu'explique notre histoire nationale et parisienne, mais qui déconcerte les étrangers... et le bon sens.

Il a de graves inconvénients qui ont frappé depuis longtemps les médecins passionnés pour le développement de leur profession et le bien des malades. Aussi, il y a une vingtaine d'années, sous l'impulsion de l'un d'eux, Dreyfus-Brisach, un groupe de médecins et chirurgiens des hôpitaux avait projeté d'obtenir d'un Conseil municipal, alors favorable à cette vue, la création d'une École Municipale de médecine, dont le corps hospitalier fournissait les maîtres et dont le but eût été de donner dans les hôpitaux un enseignement complet de médecine pratique, la Faculté pouvant alors se consacrer sans entrave à l'enseignement de la médecine scientifique. Il est permis à quelques-uns des survivants de cette époque de regretter que le projet n'ait pas abouti.

Une période de conciliation s'est ouverte alors, sur l'initiative du professeur Potain, entre la Faculté qui choisit un certain nombre de médecins et chirurgiens des hôpitaux, dits « chargés de cours de clinique annexe », pour leur confier la direction de ses stagiaires en leur attribuant une modeste indemnité. Mais la liberté pour les étudiants de choisir leurs services de stage, la limitation du nombre des stagiaires dans chaque service ont fait l'objet de longues discussions qui n'ont pas encore pris fin.

Si nous avons cru devoir retracer cet historique un peu long, c'est qu'il est indispensable de faire connaître à l'étudiant, qui entreprend ses études à Paris, les ressources d'études qu'il y peut trouver et la nécessité où il est de s'orienter au milieu d'un dédale de difficultés insoupçonnées du public.

Dans les pages suivantes, nous nous efforcerons de lui servir de guide.

Il est bien évident qu'une organisation si compliquée est une cause de déperdition de forces enseignantes; il y a des lacunes et souvent double emploi. Peu à peu, le bon sens finit par triompher de l'incohérence et l'époque n'est peut-être pas éloignée où le dualisme sera tranché, d'une façon ou de l'autre, par empiétement de la Faculté sur les Hôpitaux, ou par fusion, ou par dédoublement absolu en deux organismes distincts, se complétant et visant deux buts également utiles : la création de praticiens et celle de savants.

Récemment, la Faculté, sur l'initiative de son nouveau Doyen, le profes-

seur G.-H. Roger, a réalisé et proposé aux pouvoirs publics d'importantes améliorations, mais qui ne peuvent aboutir que si elle obtient des crédits proportionnés à ses besoins.

La Société médicale des Hôpitaux a émis le vœu que les stagiaires de la Faculté soient répartis dans un plus grand nombre de services et que dans ces services leur nombre soit limité.

La Faculté s'est entendue avec les médecins et chirurgiens des hôpitaux pour que ceux d'entre eux, qui ont la responsabilité de l'enseignement clinique aux stagiaires, jouissent du droit de sanctionner les leçons qu'ils ont données, en participant aux jurys d'examen du cinquième de doctorat.

Enfin la Société des hôpitaux a organisé une sorte d'enseignement personnel destiné aux médecins étrangers, aux médecins ou étudiants français libres de toute scolarité.

M. le professeur Gilbert voit dans ces nouveautés « un symbole des temps nouveaux et des efforts faits pour réformer l'enseignement médical, pour le perfectionner, pour le rajeunir, en associant aux énergies de l'École la vaillance du Corps hospitalier ». Ainsi soit-il!

En province, les Facultés de Montpellier, de Lyon, de Bordeaux, de Nancy, de Toulouse, pour les nommer par ordre d'ancienneté; celles de Lille, une d'État, l'autre libre; les Écoles de plein exercice, les Écoles préparatoires, offrent des moyens d'étude qui devraient être beaucoup plus utilisés par les Français et les étrangers. La décentralisation médicale serait un bienfait pour notre pays; elle est justifiée par la surcharge écrasante de la Faculté de Paris (5,000 élèves) comparée aux chiffres de la population scolaire des Facultés et Écoles de province, alors que certaines de ces villes (Lyon, Bordeaux, Marseille, Rouen, etc.) comptent tant de lits d'hôpitaux. Je traiterai plus loin la question avec plus d'ampleur.

Le retour de l'Université de Strasbourg, dont la Faculté de médecine était une de nos gloires avant l'arrachement de 1871, a rendu un fleuron à notre couronne médicale française. Nous pourrons utiliser les bâtiments et les laboratoires pour lesquels les vainqueurs d'alors, et surtout les Alsaciens eux-mêmes, avaient beaucoup dépensé et que nous ont abandonnés les vaincus d'aujourd'hui. Mais il conviendra de substituer l'orientation de l'esprit clinique français, avec sa préoccupation pratique, à la recherche quelque peu pédante de la science germanique.

Le docteur R. Le Fur (1) voudrait que l'enseignement fût donné, non pas *surtout*, mais *exclusivement* dans les hôpitaux, non seulement dans ceux qui appartiennent à l'Assistance publique, mais dans ceux même qui

(1) *Bulletin médical*, 27 avril 1918.

relèvent d'initiatives privées, pourvu qu'ils aient un matériel suffisant d'enseignement et que les chefs de service fassent preuve d'une capacité d'enseignement suffisante.

Il invoque aussi pour le corps médical français et les médecins praticiens, « consommateurs d'enseignement », le droit d'exprimer leur avis dans les questions d'enseignement médical et le recrutement des « producteurs d'enseignement », leurs porte-parole étant les syndicats médicaux, et le droit pour les représentants de la population française (Parlement, groupements, associations, mutualités et syndicats divers) de s'intéresser aussi à ces questions ; il pense que, si les collectivités de malades, « consommateurs de soins », étaient initiées aux questions d'enseignement médical, sachant mieux le coût des études de médecine, les grands sacrifices qu'un praticien est obligé de faire pour obtenir son diplôme, elles payeraient plus volontiers des honoraires raisonnables, ayant en revanche le droit de réclamer des soins éclairés et consciencieux que peuvent seuls leur procurer des praticiens formés par un enseignement compétent, complet et pratique.

Il reproche à notre enseignement de n'avoir pas assez dépouillé la *médecine scholastique,* dont il voit encore la trace dans la soutenance de la *Thèse en robe!* « Pourquoi cette robe? Nous avons abandonné le chapeau pointu, mais la robe a résisté aux plaisanteries de Molière ; nous tenons à rester Diafoirus un jour solennel de notre vie de médecin, tout au moins par l'habit. » Il ne voudrait conserver que « les traditions respectables », le serment d'Hippocrate, qui « devrait être redit à haute voix par tout docteur le jour de sa thèse, car il reste éternellement vrai, à la base même de toute notre vie professionnelle ».

Il voudrait voir se généraliser le travail en commun, dans l'hôpital devenu l'*atelier médical,* des élèves et des maîtres, en généralisant à tous les étudiants en médecine les rapports qui existent déjà entre le Patron et l'Interne. Ce désir est parfaitement justifié ; mais, pour que satisfaction pût lui être donnée, il faudrait que le nombre des étudiants fût beaucoup moins considérable, celui des chefs de service beaucoup plus. C'est une refonte de toute notre organisation hospitalière, dont le coût paraît au-dessus des ressources financières actuelles de l'Assistance publique.

M. Le Fur, toutefois, fait valoir qu'avec les ressources actuelles on pourrait déjà améliorer beaucoup l'enseignement, si on groupait dans quatre ou cinq hôpitaux des plus grands toutes les branches de la médecine, en ayant soin d'échelonner les cours, visites et travaux pratiques, de façon à ce qu'un étudiant ou un médecin pût y trouver tous les éléments d'instruction ; les hôpitaux deviendraient ainsi ces *Écoles de médecine pra-*

tique, dont mon ami Louis Brocq avait proposé il y a longtemps déjà l'organisation à l'A. P. au moment de la reconstruction des hôpitaux Ricord et Cochin.

Suivant Brocq, chacun de ces hôpitaux devrait comprendre :

1° Deux services de médecine générale ;

2° Deux services de chirurgie ;

3° Un service de maladies des voies urinaires ;

4° Un service de gynécologie ;

5° Une Maternité ;

6° Un service de maladies d'enfants avec crèche (médecine) ;

6° *bis* Un service de maladies d'enfants avec crèche (chirurgie) ;

7° Un service de dermato-syphiligraphie avec toutes les annexes nécessaires ;

8° Un service ou tout au moins une consultation externe d'ophtalmologie ;

9° Un service ou tout au moins une consultation externe d'oto-rhino-laryngologie ;

10° Un service d'électrothérapie comprenant la radiologie (radioscopie et radiographie) ;

11° Un service de massage, de mécanothérapie, d'agents physiques autres que l'électricité ;

12° Un laboratoire central bien organisé pour exécuter les recherches nécessaires, examens histologiques, bactériologiques, analyses des urines, du sang, Wassermann, culture, expériences sur les animaux, etc. ;

13° Des salles de cours et de démonstrations avec tous les appareils nécessaires pour faire des projections soit de photographies sur verre, soit de coupes histologiques ;

14° Une bibliothèque médicale ouverte aux étudiants, mais bien tenue et strictement surveillée ;

15° Un musée renfermant les pièces anatomo-pathologiques nécessaires à l'instruction des élèves ;

16° Une salle d'autopsie, bien comprise, de la plus grande propreté, avec des sièges en gradins permettant aux étudiants de bien voir.

Comme le fait remarquer Brocq, cette organisation, qui semble au premier abord très compliquée et fort coûteuse, serait facile à réaliser dans la plupart des grands hôpitaux et avec des dépenses minimes. Et il cite en exemple ce qu'il a pu arriver à créer, par un simple effort personnel, dans son service de l'hôpital Saint-Louis, aidé par le directeur de l'hôpital et un certain nombre de collaborateurs.

CHAPITRE IV

Préparation aux études médicales. — Inscription.

§ I. — ÉTUDES CLASSIQUES. — LANGUES VIVANTES. — DESSIN. — HABILETÉ MANUELLE. — SCIENCES PHYSIQUES ET NATURELLES. — QUE VAUT LE P. C. N.? — PROPOSITION D'UN EXAMEN-FILTRE AU DÉBUT DES ÉTUDES MÉDICALES.

Pour former de bons médecins il faut commencer par préparer de bons étudiants en médecine, les recruter parmi des jeunes gens dont l'enseignement secondaire aura été l'objet de soins spéciaux.

Il y eut un temps où personne ne contestait que pour aborder l'étude de la médecine il fût nécessaire d'avoir fait ses humanités, c'est-à-dire des études classiques complètes, langues anciennes et philosophie. On citait bien quelques exemples de jeunes gens qui avaient pu conquérir le doctorat après avoir été dispensés du baccalauréat ès lettres, mais ils confirmaient la règle; car ou bien ces autodidactes, pourvus de dons intellectuels exceptionnels, d'une rare puissance de travail et de volonté, complétaient eux-mêmes tardivement leur culture littéraire et philosophique, comme Michel Peter, ou bien, malgré une remarquable aptitude spéciale à la chirurgie, conservaient dans leur culture des lacunes choquantes pour le milieu social auquel ils étaient mêlés (tel Dupuytren).

Mais, sous l'influence de causes sociales et politiques qu'il serait trop long d'énumérer ici, la réforme de l'enseignement secondaire de 1902 permit l'accès de la Faculté de médecine à des bacheliers de l'enseignement dit moderne ou de sciences-langues vivantes qui pouvaient non seulement n'avoir jamais fait de latin, mais ne savoir ni psychologie, ni histoire de la philosophie. « Si un homme connaît bien son *métier*, que voulez-vous de plus ? », s'était écrié à la Chambre un ancien Ministre de l'Instruction publique !

Des esprits d'élite avaient pourtant protesté contre l'abandon des humanités. Le philosophe A. Fouillée écrivait : « Le jour où la médecine ne sortira

plus d'une élite intellectuelle, vous n'aurez que des artisans en médecine et en chirurgie... Si la démocratie laisse envahir les professions libérales par les utilitaires, par les esprits de préparation hâtive qui se seront contentés d'ingurgiter uniquement les connaissances nécessaires à l'examen, qui ne se seront pas vivifiés aux grands souffles littéraires, scientifiques, philosophiques, ce prétendu utilitarisme aura pour conséquence la supériorité de succès assurée aux moins dignes et aux moins scrupuleux. La médecine sera livrée sans défense aux charlatans; la pharmacie, aux vendeurs de spécialités lucratives et de médicaments falsifiés. La profession médicale tombera de plus en plus dans la boue. L'esprit de corps des médecins s'évanouira au profit d'un autre genre d'esprit, qui sera tout simplement l'esprit mercantile... Le médecin perd son autorité et son action sur les familles, si l'on ne sait pas qu'il a reçu la plus haute éducation littéraire et philosophique. »

Les hommes de culture scientifique exclusive reconnaissaient leur propre lacune. L'éminent professeur de physiologie Dastre, qui, entré comme simple bachelier ès sciences à l'École normale, dans la section des sciences, y avait acquis tous les diplômes d'ordre scientifique, disait à Brouardel : « Lorsque j'ai quitté l'École normale et abordé les études médicales, je suis resté *deux ans* avant de comprendre ce qu'on voulait m'enseigner. Quand je sortais de l'hôpital, je me prenais à regretter de n'avoir rien appris. »

Ch. Bouchard, Lippmann insistaient sur « la nécessité des lettres et de la philosophie pour développer l'esprit d'initiative, de recherche personnelle, de réflexion méthodique, d'observation de soi et d'autrui, de largeur et de finesse tout ensemble, de souplesse théorique et pratique : les sciences isolées risquent de ne favoriser qu'un esprit de raisonnement rectiligne qui, ne voyant qu'un seul côté des questions les plus complexes, aboutit trop souvent à déraisonner. »

Le Parlement ayant passé outre à ces avertissements, le résultat fut déplorable.

Outre que les facilités plus grandes accordées par l'équivalence de tous les baccalauréats accélérèrent la pléthore médicale, il devint évident, au bout de peu d'années, que la moyenne du niveau des nouveaux docteurs baissait singulièrement. En 1910, les protestations s'élevaient énergiques. Successivement l'*Association du corps enseignant des Facultés de médecine,* le *Comité de l'Association corporative des Étudiants en médecine*, *l'Assemblée plénière des Sociétés médicales d'arrondissement de Paris,* la *Société de médecine de Paris,* les *Syndicats,* réclament le retour aux études classiques. Tous les arguments en faveur de celles-ci, la réfutation de toutes les objections contre elles se trouvent dans une brillante conférence de mon collègue Laignel-Lavastine à la Société de l'internat des

hôpitaux de Paris, en 1911. Enfin en 1912 l'*Association générale des médecins de France,* réunie en assemblée générale, vota un vœu formulé sur la proposition de son secrétaire générale Levassort, considérant « que l'étude des langues anciennes (grec et latin) est nécessaire pour donner la culture intellectuelle utile à la formation du médecin », et demanda à la Commission supérieure de l'enseignement médical d'en faire rétablir l'obligation à l'entrée des études de médecine.

Satisfaction fut donnée à ce vœu par la Commission des réformes et par le Ministre.

Espérons que désormais aucune réforme en sens contraire ne rouvrira aux jeunes gens sans culture classique la porte de nos Facultés. Il faut qu'un médecin ait appris le latin de son mieux, et je crois qu'il regretterait souvent de n'avoir pas pris quelque peu contact avec le grec, non seulement au point de vue, — non négligeable, quoi qu'on en ait dit, — de l'initiation à l'étymologie de nos innombrables termes médicaux tirés du grec, mais pour se frotter un peu mieux que par la seule lecture des traductions « avec cette gamme admirable de pensées élevées, qui d'Aristophane à Platon, en passant par les Tragiques, marque le summum de la cérébralité humaine », dit le Directeur de l'École de médecine de Rouen, Raoul Brunon.

Un peu plus familiarisés avec le mécanisme de la formation des mots composés grecs, ajouterai-je, les médecins qui croient devoir fabriquer des néologismes pour étiqueter des découvertes nouvelles — ou des interprétations nouvelles de faits déjà connus, — n'encombreraient plus la langue médicale de mots mal formés ou d'hybrides gréco-latins plutôt ridicules.

De bonnes études classiques ont pour résultat d'apprendre à écrire clairement, qualité précieuse pour un médecin, auquel il est utile aussi d'avoir une élocution nette et de savoir exprimer sa pensée avec précision.

L'étude des *langues vivantes,* plus que jamais nécessaire à tous les hommes cultivés d'une époque où les relations internationales deviennent de plus en plus actives, est précieuse pour les médecins à deux points de vue. Pour suivre les progrès scientifiques, en lisant dans le texte original les publications importantes, l'allemand et l'anglais ont été jusqu'ici les deux langues maîtresses; les Japonais, dont la collaboration aux sciences médicales est si remarquable, publient leurs travaux dans ces deux langues. Désormais l'italien et l'espagnol ne seront plus négligeables, les savants médecins s'étant multipliés en Italie, en Espagne et dans l'Amérique du Sud.

Au point de vue de l'utilité professionnelle, l'anglais, l'espagnol et l'italien sont précieux pour pratiquer dans certains milieux en France et dans les colonies.

Je conseille beaucoup aux futurs étudiants en médecine la pratique du *dessin* et de l'aquarelle.

Parmi les qualités physiques utiles, on peut même dire nécessaires à cultiver, il faut citer *l'habileté manuelle.*

Pour le chirurgien futur, cela est de toute évidence, mais mon ami le professeur Aug. Broca a insisté sur la nécessité pour tout praticien d'une éducation manuelle, sans laquelle « l'exercice quotidien de la médecine est impossible ». Or, si l'éducation, sous la forme de travaux pratiques dans les laboratoires, de pansements, d'appareils et de petite chirurgie dans les services hospitaliers, peut développer des dispositions naturelles, il est douteux qu'elle puisse remédier à une maladresse congénitale et parfois héréditaire, quand cette maladresse n'a pas été combattue dès l'enfance et pendant l'adolescence par *l'habitude de travaux manuels.* Dans les écoles primaires comme dans les collèges une place obligatoire devrait être toujours réservée pour ce genre de développement. Il ne faut pas dédaigner le conseil donné par Armaingaud (Académie de médecine, 4 février 1919) de cultiver dès la première enfance l'ambidextrie, qui peut rendre de si grands services au chirurgien. Chez les enfants qui manifestent une répugnance ou une gaucherie accentuées dans les exercices de menuiserie ou de serrurerie, il serait fâcheux d'encourager le désir de devenir médecin.

L'étudiant en médecine doit avoir développé l'*aptitude à observer*, le culte de la *précision* que donnent les travaux pratiques de physique, chimie et histoire naturelle. Il doit apprendre à voir, à toucher, à peser. C'est au P. C. N. que l'on a demandé cette préparation, qui a été confiée aux Facultés des Sciences.

Le P. C. N. est-il un cours d'études qu'il soit désirable de voir conserver ?

Lorsqu'il fut créé, les arguments en sa faveur et les objections qui furent faites étaient à peu près les mêmes qu'aujourd'hui. Certes il est nécessaire que les jeunes gens n'abordent l'étude de la médecine qu'avec une connaissance suffisante de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle, qui ne sont pas des sciences accessoires, mais des bases indispensables, pour ne pas être obligés de revenir sur ces matières quand les professeurs de la Faculté, les supposant connues, s'appuieront sur elles au cours de leurs démonstrations de physiologie, de pathologie, de thérapeutique et de médecine légale.

Mais on a objecté que le programme du P. C. N. ne différait guère de la partie scientifique de l'année de philosophie que par l'addition des travaux pratiques, rendus impossibles dans les lycées par le défaut de laboratoires et le trop grand nombre des élèves.

De mon temps, c'était à la Faculté qu'on enseignait la physique, la chimie et l'histoire naturelle, *dites médicales,* en ce sens que les professeurs n'envisageaient que les applications de ces sciences à la médecine. Ces cours n'étant pas obligatoires et n'ayant pour sanction qu'un examen tardif (le troisième de doctorat), leur efficacité était nulle, et il est bien évident qu'ils

doivent prendre place *au début des études,* non moins évident qu'ils seraient de nul effet s'ils ne sont pas essentiellement basés sur des *travaux pratiques,* qui ont d'ailleurs l'avantage de familiariser les élèves avec le maniement des instruments de laboratoire.

Il eût été plus logique, quand on a voulu fortifier les connaissances physiques, chimiques et naturelles chez les médecins, d'en organiser l'enseignement solide dans la première année de médecine des Écoles et des Facultés. Malheureusement nos établissements d'enseignement médical manquaient de personnel enseignant, de locaux et de matériel appropriés au P. C. N ; il eût fallu réclamer du Parlement des crédits spéciaux, toujours si difficiles à obtenir. D'autre part, les Facultés des Sciences offraient ces ressources matérielles et des professeurs de sciences, la plupart jeunes Normaliens, n'ayant que bien peu d'auditeurs, surtout en province. Les dirigeants de l'enseignement supérieur pensèrent réaliser un double avantage en obligeant les futurs étudiants en médecine à passer une première année à la Faculté des sciences et en garnissant les amphithéâtres un peu vides de celle-ci : d'où la plaisanterie — d'un goût douteux : P. C. N. = Pour caser Normale.

Le résultat principal, c'est-à-dire une connaissance plus solide et plus pratique des sciences physico-chimiques et naturelles fondamentales pour leurs études ultérieures, a-t-il été acquis ? Je n'ai pas qualité pour dire oui ou non. Mais il est certain que les protestations n'ont jamais cessé de s'élever contre l'organisation actuelle du P. C. N., et tout récemment on a vu renaître dans la presse des polémiques à ce sujet. A vrai dire, ses défenseurs sont principalement des professeurs de Facultés des Sciences ; ses adversaires, des professeurs de Facultés de Médecine et des médecins et naturellement aussi les étudiants, qui ont hâte d'être vraiment déjà apprentis médecins, « de la Maison ». Ce dernier mot est du docteur Gustave Weill, qui conclut : « Les études après la guerre doivent être poussées rapidement, il faut supprimer le P. C. N. Pourquoi ne pas revenir à la première année de médecine d'autrefois, où l'on apprenait la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicales, enseignées par des médecins qui nous soulignaient la partie de ces sciences qui pouvait nous être utile dans notre vie médicale ? »

Peut-être serait-ce mieux, mais à la condition que les travaux pratiques fussent *effectifs* et le contrôle du résultat sanctionné par un examen de fin d'année *sévère,* ne permettant pas, après deux échecs, de poursuivre les études médicales. Car il n'est pas contestable que les sciences dites jadis accessoires sont de plus en plus fondamentales, puisque la radiologie, l'étude physique et chimique des liquides organiques et des tissus, la bactériologie et l'étude des poisons microbiens, etc., exigent de plus en plus, chez un apprenti médecin, une connaissance solide des matières du P. C. N.

« Pour former le futur étudiant en médecine, a dit le professeur Hayem, on doit s'appliquer à développer ses facultés d'attention, à exercer ses sens et son intelligence à l'analyse anatomique et physiologique des êtres soumis à son observation. L'expérience ayant prouvé que le tamis du P. C. N. laisse passer des individus, je ne dis pas d'une instruction insuffisante, bien qu'il en soit qui sont bien frustes sous ce rapport, mais dépourvus de toutes les qualités de l'observateur et de toute ardeur au travail, je suis partisan d'opposer au flot trop abondant des inscrits comme étudiants en médecine, et par suite à l'encombrement de la carrière, un second filtre, une barrière qui consisterait en un *examen d'entrée*. Il faudrait y soumettre, non seulement les reçus au P. C. N., mais aussi les personnes des deux sexes, qui obtiennent si facilement les équivalences et sont tout à fait incapables de devenir des médecins instruits et d'une certaine valeur. » L'indulgence des examinateurs « se justifie parfois par l'appréhension d'arrêter un étudiant dans le cours de ses études. Il serait juste et non préjudiciable de le détourner *au début* d'une profession pour laquelle il n'a pas d'aptitudes ».

Cette proposition, pleine de sagesse, d'un examinateur — qui n'a jamais passé pour excessivement indulgent, mais qui a le souci méritoire de maintenir le niveau professionnel et scientifique, — si elle était appliquée, rendrait, à n'en pas douter, les plus grands services et serait un des meilleurs remèdes contre la pléthore médicale, dont les inconvénients seront exposés plus loin.

§ 2. — DÉCENTRALISATION DÉSIRABLE DE L'ENSEIGNEMENT. — AVENIR DES FACULTÉS PROVINCIALES, MEILLEURE UTILISATION DES ÉCOLES

Enfin, l'aspirant-médecin est *inscrit comme étudiant à la Faculté*.

Dans bon nombre de cas, il lui serait plus avantageux d'être inscrit à une *École* préparatoire ou de plein exercice, dans l'état actuel de notre organisation. Le malheur de la Faculté de Paris est d'être écrasée sous le poids du nombre des étudiants.

Pour les jeunes gens qui ont fait leurs études en province il y a, j'en suis convaincu, avantage à débuter dans des conditions telles qu'ils puissent être connus individuellement par les professeurs ; c'est le meilleur soutien au début d'études qui sont si nouvelles et où il est si nécessaire d'être guidé. Pour la dissection comme pour l'initiation à l'hôpital, l'étudiant qui n'est pas assez surveillé prend de mauvaises habitudes et souvent se décourage, s'il n'a pas à chaque instant un avis tutélaire et un correcteur. Dans nos Écoles secondaires, j'ai souvent vu les étudiants faire d'excellents débuts,

Il n'est pas non plus sans utilité pour eux d'être moins éloignés de leurs familles et du foyer, de pouvoir s'y retremper souvent et de faire moins de dépenses.

L'une des plus évidentes difficultés à vaincre pour organiser de façon irréprochable l'instruction pratique des étudiants de notre Faculté parisienne étant l'afflux de la majorité des aspirants français et étrangers aux diplômes de doctorat d'État ou d'Université, on ne s'explique pas que plus d'efforts n'aient pas été faits pour détourner un plus grand nombre de ces jeunes gens vers nos sept Facultés provinciales, nos trois Écoles de plein exercice et nos treize préparatoires. Il suffit de jeter un coup d'œil sur les ressources cliniques dont peuvent disposer un certain nombre des villes françaises où siègent ces Facultés et ces Écoles pour s'étonner que les étudiants en médecine n'y soient pas plus nombreux.

Le recrutement régional offre aux familles des avantages incontestables : leurs enfants s'éloignent moins d'eux, sont plus facilement surveillés, moins dépaysés que dans la capitale ; avantage de plus en plus appréciable dans l'ère d'appauvrissement qui s'ouvre pour les familles, la vie y est moins coûteuse. Pour leur établissement comme praticiens les jeunes gens, pourvus du diplôme acquis dans l'Université de leur province ou de leur région, le choix d'un poste serait facilité par la connaissance des besoins de cette région, dont le doyen de la Faculté pourrait assez aisément se tenir informé.

La principale attraction pour les étudiants vers Paris est assez souvent plutôt le désir d'en connaître les plaisirs trop vantés que d'y trouver des maîtres d'une réputation plus rayonnante ; mais les familles provinciales devraient lutter contre ce mouvement centripète, et les proviseurs, les professeurs des lycées et collèges de province devraient, à la fin des études, faire comprendre à leurs élèves les avantages de la décentralisation pour eux comme pour le pays.

Mais, pour lutter contre l'attraction de la Ville tentaculaire, il faudrait que les dirigeants de notre organisation médicale fissent d'énergiques et constants efforts pour assurer aux étudiants de province le maximum de ressources pour leur instruction.

Il faudrait que nos Facultés provinciales fussent soutenues moralement et pécuniairement, que les villes où elles se trouvent fissent des sacrifices plus grands pour y fixer ou attirer les professeurs savants et habiles, en participant plus largement à la dotation des laboratoires et des cliniques qui sont encore insuffisamment outillés ; que les ministres et directeurs de l'Enseignement Supérieur ne fussent pas aussi chiches de récompenses honorifiques pour les professeurs de Province.

Ce que je dis des Facultés est encore plus évident pour les Écoles, qui

sont vraiment trop mal dotées, alors qu'elles pourraient rendre de si grands services pour l'instruction des étudiants, dans ces premières années où il est si indispensable que le contact soit intime entre les élèves et les maîtres, intimité presque impossible à réaliser à Paris, si aisée et toute naturelle dans un milieu restreint.

Or on est frappé du faible parti qu'on tire en France des Écoles. La distinction entre les Écoles de plein exercice, où les étudiant peuvent rester jusqu'à leur sèizième inscription, et les Écoles préparatoires, qui ne les gardent que jusqu'à la douzième, n'est guère fondée si on considère les différentes ressources dont disposent certaines d'entre elles. Ainsi, la base de l'enseignement pratique de la médecine résidant incontestablement dans les hôpitaux, nous voyons des Écoles secondaires dans des villes pourvues d'hôpitaux si nombreux et alimentés par une population ouvrière si dense qu'on s'étonne que de pareilles ressources cliniques n'aient pas été utilisées pour une Faculté, tandis que telle École de plein exercice ou même telle Faculté se trouve dans une ville peu industrielle, par conséquent pauvre en ressources hospitalières.

On est surpris, par exemple, que des villes comme Marseille et Rouen ne soient pas des villes de Facultés, quand Montpellier en est une. Pour celle-ci on ne peut le regretter au point de vue de sa gloire historique et on comprend qu'elle soit indéfiniment respectée ; elle a toujours offert aux étudiants des professeurs de mérite et quelques-uns illustres ; mais de quelles pauvres ressources cliniques elle disposait ! Pour Marseille, il est inconcevable qu'elle n'ait pas depuis longtemps une Faculté.

Quant à Rouen, ville industrielle, pourvue d'hôpitaux actifs, elle a été maintenue École secondaire, et même son directeur en est réduit à réclamer contre un régime qui non seulement ne lui permet pas de se développer, mais tend à la détruire. C'est ainsi que M. Raoul Brunon nous fait connaître (1) que les étudiants de troisième année qui ont préparé leur troisième examen de doctorat ne sont pas autorisés à le passer devant cette École. Or les hôpitaux de Rouen, qui contiennent 2,000 lits, ouvrent aux étudiants cinq grands services de médecine, quatre grands services de chirurgie, deux services d'obstétrique, où ont lieu de 500 à 600 accouchements et 78 à 80 avortements par an, une crèche, un service de pathologie infantile, un service de maladies cutanées, un service de maladies vénériennes, des laboratoires permettant les cours et travaux pratiques de bactériologie, de parasitologie et de pathologie expérimentale répondant au programme du troisième doctorat. Par suite du régime actuel, les élèves

(1) Remarques sur l'enseignement de la Médecine en France. *Presse médicale,* 27 janvier 1919.

sont obligés de quitter, à partir de leur douzième inscription, une École ainsi pourvue de ressources cliniques, qui pourrait donner l'enseignement complet pour le doctorat, si bien qu'il suffirait d'exiger un an de stage terminal dans une Faculté pour permettre aux étudiants de s'initier à quelques spécialités et faire leur thèse. Et c'est parfois pour passer dans une École de plein exercice comme Rennes, où il n'y a, pour ainsi dire, pas d'hôpitaux.

Le résultat a été que, de 1904 à 1914, 166 étudiants ont dû abandonner l'École de Rouen (perte de 17 par an), faute d'y pouvoir passer leur troisième doctorat. Et cependant beaucoup d'anciens élèves de l'École reviennent s'installer comme praticiens, soit à Rouen (63 anciens élèves sur 101 praticiens), soit dans la Seine-Inférieure (134 sur 318); on peut penser que, si des facilités leur avaient été données pour terminer leurs études à Rouen, la plupart en auraient profité, allégeant d'autant la pléthorique Faculté de Paris.

M. Deroye, directeur honoraire de l'École de Dijon, a conclu de même qu'il était urgent d'assurer la prospérité aux Écoles de médecine en leur accordant au moins : 1° l'attribution à ces Écoles de faire passer chez elles l'examen de fin de troisième année (3e doctorat); 2° la liberté de donner l'enseignement aux étudiants étrangers candidats au diplôme d'Université. Il souhaite aussi que l'État, qui ne connaît financièrement les Écoles que par son prélèvement sur les droits d'examen, soit appelé à les aider par une subvention et que les traitements des professeurs soient relevés (1).

Le docteur Lapeyre, professeur de clinique chirurgicale à l'École de Tours, vient de mettre aussi en lumière le rôle plus grand que devraient jouer les Écoles dans un plan de réorganisation des études médicales (2). Outre la nécessité de leur donner plus d'argent pour un meilleur outillage, pour attirer des professeurs de haut mérite, il souhaite la création pour les Écoles d'un statut nouveau :

« A l'heure actuelle, nos Écoles ne doivent leur existence qu'au vote annuel de leur budget par le Conseil municipal : et celui-ci, soumis aux préoccupations électorales d'abord, n'est pas toujours suffisamment convaincu de l'utilité dans le pays de la haute culture scientifique. Ayant affaire à des maires instables, les Directeurs ne peuvent élaborer à coup sûr et par avance des plans d'agrandissement ou de réforme. L'État doit donc intervenir de toute nécessité pour assurer la pérennité de ces Écoles, leur accorder son patronage officiel. Chaque Faculté surtout doit grouper autour d'elle des Écoles dépendantes, les associer étroitement à sa propre vie, les considérer comme des prolongements d'elle-même, des racines

(1) *Presse méd.*, 24 mars 1919.
(2) *Gazette médicale du Centre*, 15 juillet 1919.

qu'elle plonge dans « sa province ». Le Doyen convoquerait à des réunions régulières tous les Directeurs et discuterait avec eux programmes et organisations. Le titulaire de la chaire de Faculté dirigerait l'enseignement des professeurs d'Écoles au même titre que celui de ses agrégés. Ainsi les professeurs de Facultés cesseraient d'ignorer ces parents pauvres que sont les professeurs d'Écoles. Ce serait un résultat intéressant, s'il y avait possibilité pour ces Écoles d'attirer de jeunes agrégés, qui leur donneront un lustre nouveau et n'auront peut-être pas à s'en repentir si l'on admet en échange que, de l'École où ils auront brillés, ils pourront retourner professeurs dans la Faculté qui les appellera. »

Dans le même sens parle énergiquement H. Bousquet, directeur de l'École de médecine de Clermont-Ferrand (1).

§ 3. BUREAU DE RENSEIGNEMENTS POUR LES NOUVEAUX ÉTUDIANTS. — BIENFAITS DES ASSOCIATIONS D'ÉTUDIANTS

Un étudiant qui s'inscrit à une Faculté, surtout à Paris, a absolument besoin d'être guidé. Il est désirable qu'un *Bureau spécial de renseignements,* composé de quelques employés *patients,* soit chargé de fournir à chaque nouvel inscrit tout ce qu'il a besoin de savoir pour lui éviter de fausses directions qui entraînent perte de temps et découragement. Les étudiants de ma jeunesse ont souffert de l'indifférence de la Faculté d'alors, surtout les timides, si nombreux. On n'avait alors pour se renseigner que les camarades plus anciens, les compatriotes de la petite patrie provinciale.

Aujourd'hui, les Cercles d'étudiants peuvent remplir ce rôle, et il faut conseiller à tous les nouveaux de s'inscrire à l'*Association corporative des Étudiants en médecine*. Celle-ci offre à ses adhérents beaucoup d'avantages matériels et un soutien moral.

Il est désirable que les Associations ne soient pas envahies par les préoccupations de politique militante. Les préoccupations civiques suffisent.

Un étudiant désireux de travailler avec assiduité doit rechercher dès le début à s'agglutiner à un petit groupe de camarades laborieux, unis autant que possible par une parité de goûts et de ressources pécuniaires. Un écueil à éviter est l'acquinement trop exclusif avec des étudiants de la même province, qui n'élargit pas assez le cercle des points de vue. Il est bon de faire de nouvelles connaissances.

Pour les jeunes gens qui ont peu de relations de famille dans la ville où ils font leurs études, il est utile de se faire présenter dans des familles où ils puissent ne pas perdre contact avec les usages mondains, ou apprendre à les connaître, si leur éducation première a été négligée.

(1) *La grande misère des Écoles préparatoires,* Conc. méd., sept. 1919.

CHAPITRE V

L'Hôpital.

§ 1. INITIATION A LA CLINIQUE. — LES STAGIAIRES. — LES MONITEURS. — RÔLE DU LIVRE. — LA PRISE DES OBSERVATIONS. — LES DEVOIRS ENVERS LES MALADES.

Dès l'inscription à la Faculté, la *fréquentation quotidienne de l'hopital* est indispensable.

C'est d'abord une habitude à prendre; par beaucoup, par tous les étudiants qui ont vraiment la « bosse », la vocation de la médecine pratique, cette habitude sera facilement prise; ils se sentiront d'emblée sur leur terrain, et les heures passées dans les salles des malades leur paraîtront les meilleures de la journée.

Pour les vocations douteuses, c'est une épreuve : la répugnance physique pour des objets qui choquent la vue et l'odorat, l'ébranlement de la sensibilité au spectacle des souffrances physiques s'atténueront peu à peu et au bout d'un certain temps seront compensés largement et effacés d'abord par l'intérêt intellectuel, scientifique, puis par le sentiment de pouvoir être utile et de contribuer à soulager ces souffrances si émouvantes.

Toutefois, il y a des tempéraments qui ne s'acclimatent jamais complètement à ce milieu de douleur; le meilleur conseil à donner aux étudiants qui ont ce tempérament est de ne pas persévérer. Les exemples historiques sont nombreux d'évadés de la médecine pour excès de sensibilité qui ont fait d'autres brillantes carrières (Sainte-Beuve, Saintine, etc.). Il sera préférable de s'évader dès que les répugnances apparaîtront trop difficiles à vaincre. Si l'étude de la médecine ne nuit jamais à la formation d'un homme, ce pourrait être pour beaucoup une perte de temps irréparable. J'ai connu un fils de médecin qui s'est imposé à contre-cœur de suivre

la même carrière pour ne pas irriter un père autoritaire, mais qui, après la mort de celui-ci, après avoir consacré dix ans de sa jeunesse à prendre son diplôme, s'est hâté d'abandonner la pratique.

Trousseau, qui a écrit : « Je demande que le jeune étudiant assiste tous les jours à une visite d'hôpital : il faut voir, toujours voir des malades », estimait qu'il est préférable de commencer par fréquenter les salles de médecine, où le débutant peut comprendre déjà ce qu'il voit avec quelques notions de physiologie, tandis qu'il ne peut profiter réellement de la fréquentation des salles de chirurgie que s'il est assez initié à l'anatomie. On peut discuter ce point de vue. Un novice subira plus vite en chirurgie le baptême du sang, qui émoussera sa sensibilité. Il apprendra plus vite le culte de la propreté.

Il est utile que, dès le début de la fréquentation des salles, chaque étudiant soit attaché particulièrement à un ou plusieurs lits, afin qu'il puisse s'intéresser intellectuellement et moralement à *ses* malades. Rien n'est plus symbolique du lien moral qui unit tout médecin digne de ce nom à l'être humain qu'il soigne que l'usage de ce pronom possessif, trop employé d'une façon banale. Si de mauvaises langues y ont vu le signe d'une emprise excessive et le premier pas vers une tyrannie professionnelle, par suite de laquelle le médecin choisi par un malade peut se croire des droits à être son conseiller exclusif, le gardien jaloux de sa santé, incapable de supporter la moindre infidélité, il est plus équitable d'admettre que, quand nous disons *nos* malades, nous exprimons la force de l'intérêt que nous leur vouons et la disposition où nous sommes à les assimiler à nos proches par le sang.

Il appartient à tout chef de service de veiller à ce que tout étudiant qui suit assidûment sa visite s'y rende utile à un degré quelconque.

C'est sur le terrain hospitalier que commence et devra se continuer sans interruption jusqu'à la fin des études la formation du docteur et l'apprentissage du praticien.

La clinique ne peut sans doute donner tous ses fruits qu'à la condition de marcher de front avec la pathologie et, je vais plus loin, avec la thérapeutique.

Le moyen unique de faire des progrès rapides est de développer parallèlement l'éducation des sens, la manière d'interroger et l'aptitude à classer les renseignements acquis par ces deux modes d'investigation.

Très rapidement le maître doit montrer au débutant qu'il ne faut pas se contenter du diagnostic posé le premier jour, mais tirer de l'*évolution* quotidienne les éléments du pronostic et lui expliquer pour quelles raisons telle ou telle thérapeutique doit être instituée ou pourquoi, dans certains cas, toute intervention doit être différée.

Pour que le débutant tire profit de ce qu'il voit et entend, il ne doit pas disperser ses facultés d'attention sur un trop grand nombre de malades. J'ai connu une époque où, à Paris, les étudiants n'étaient que tardivement et pendant deux ans seulement obligés à faire un stage, et ce stage consistait exclusivement en un droit à suivre les visites sans y prendre une part active. On voyait la plupart d'entre eux, sans tablier et les mains dans les poches, se traîner de lit en lit derrière le groupe plus ou moins compact des internes et externes, écouter distraitement les paroles échangées entre le chef et ses assistants; même zélés, ils regardaient faire, ne faisaient souvent rien eux-mêmes que d'inscrire sur un calepin des phrases décousues, un diagnostic et une formule de traitement. Pareille scène au lit d'un autre nouveau malade, et ainsi de suite les jours suivants; mais le chef, ne consacrant souvent plus alors qu'un instant aux malades vus la veille, renseigné qu'il était par l'interne et l'externe sur les modifications de leur état, n'attirait pas l'attention des autres assistants sur la valeur de celles-ci et les conséquences qu'on en devait tirer. Le stagiaire pouvait ainsi passer des mois dans un ou plusieurs services sans se douter de la *marche* d'une maladie; il pouvait, à l'autopsie, apprendre si le diagnostic avait été exact, mais il ne pouvait guère enchaîner les péripéties du drame.

On peut se figurer de quelle utilité pouvait être aux malades un docteur qui, même ayant passé des examens suffisants, s'il avait de la mémoire et avait consacré assez de temps à les préparer, connaissant théoriquement le tableau symptomatique des principales maladies, leurs lésions anatomiques et même leur traitement en général, était appelé dès son début dans la pratique à suivre jour par jour les fluctuations et les incidents d'une évolution morbide, à répondre pertinemment aux questions pressantes de la famille sur la portée de chaque épisode, la durée probable, et à prendre chaque jour la responsabilité d'une prescription.

Hélas! nous en avons vu trop de ces docteurs qui n'avaient du médecin que le diplôme. On en voit moins sans doute. N'en voit-on plus?

L'inertie ancienne de trop de dirigeants de l'enseignement médical a fini par s'émouvoir des protestations des médecins qui, une fois aux prises avec les difficultés de la pratique, sentaient leur impuissance et leur faiblesse, maudissaient les Facultés qui ne leur avaient octroyé, en échange de plusieurs années de leur jeunesse et de leurs frais d'étude, que le droit légal de soigner les malades sans leur en assurer la capacité.

Pour la chirurgie, les inconvénients n'étaient pas moindres : quelle habileté manuelle pouvait acquérir l'étudiant qui n'avait, pendant son stage, fait d'autres actes chirurgicaux que des pansements insignifiants ou aidé à poser des appareils? C'est à peine si quelques-uns savaient inciser un abcès, et, eussent-ils su faire quelques ligatures des principales artères sur les

cadavres, ils n'avaient jamais eu à arrêter eux-mêmes une hémorragie artérielle.

Les terribles années que nous venons de passer ont rendu aux jeunes gens qui sont inscrits aujourd'hui dans nos Facultés la chirurgie pratique assez familière pour corriger les inconvénients dont je parle. Un autre écueil pour eux serait de croire maintenant que les notions de chirurgie qu'ils ont acquises sous la mitraille leur suffiront pour la pratique civile, s'ils ne complètent pas leurs études au point de vue médical.

Ce tableau sombre que j'ai peint de l'insuffisance de certains médecins mal préparés ne s'applique pas naturellement aux docteurs qui avaient rempli dans les hôpitaux les fonctions d'externes et encore moins aux anciens internes ; mais les élèves attachés par concours aux services hospitaliers ne représentaient numériquement qu'une élite.

Des réclamations de plus en plus nombreuses, à partir du moment où la crise professionnelle, dont nous aurons à esquisser l'historique, fut devenue évidente, ont été formulées par les Associations médicales et la Presse. L'évidence du mal n'amena cependant que très lentement des réformes. La réforme du stage fut portée à l'ordre du jour des Congrès de Praticiens comme dans les journaux. Une commission ministérielle supérieure des études médicales, comprenant des professeurs, des médecins et chirurgiens d'hôpitaux, des praticiens délégués par les Associations, aboutit à certaines réformes. Mais un obstacle s'est élevé contre l'application de celles-ci, à Paris du moins : le trop grand nombre des stagiaires pour le petit nombre des services dans lesquels ils étaient répartis.

Aux professeurs et agrégés on adjoignit comme chargés de cours de cliniques annexes un certain nombre de médecins et de chirurgiens, des hôpitaux, puis on limita le nombre des stagiaires dans chaque service. A partir de ce moment, une plus grande facilité fut donnée aux étudiants non externes pour suivre de près les malades sous une direction plus serrée ; les appels furent plus efficaces pour assurer l'assiduité. Dans chaque service de stage bien surveillé, l'étudiant nouveau venu, confié à un externe, peut s'initier à la manipulation quotidienne de quelques malades et, interrogé assez souvent par le chef de service, peut se considérer comme faisant vraiment partie vivante, active et utile du service.

Cette organisation est-elle assez généralisée?

Ce n'est pas sortir du cadre de la déontologie que d'examiner la nature des liens, *droits et devoirs réciproques entre les diverses catégories d'étudiants, le chef, le personnel et les malades.*

Un service d'hôpital est comme un organisme vivant qui ne peut prospé-

BOSTON MED... DEC 1 8 1920

rer que si les divers éléments qui le composent s'acquittent exactement de leur tâche.

Les étudiants stagiaires ne viennent pas à l'hôpital au même titre que les externes et l'interne.

Ceux-ci sont, dès le principe, chargés de fonctions particulières dont le but est d'alléger la tâche parfois lourde du chef de service. Ce sont des aides que l'Assistance publique fournit à ses médecins ; ce sont des fonctionnaires temporaires. Bien entendu, ces collaborateurs ont le droit d'attendre de leur maître un enseignement qui doit chaque jour grossir la somme de leur savoir clinique. Investis par l'administration d'une fraction d'autorité, ils ont droit à la soumission des malades, soumission qui a d'ailleurs pour limite la confiance qu'ils sauront leur inspirer, et sans laquelle leur désir d'apprendre risque de demeurer stérile.

Tout autre est la *situation des stagiaires à l'hôpital*. Ils ne pénètrent dans les services qu'en vertu d'une entente entre l'Assistance publique et l'État qui, s'étant engagé à enseigner la médecine aux étudiants et n'ayant pas de malades à leur montrer, emprunte ceux des hôpitaux parisiens. Les externes et internes ressortissent au Ministère de l'Intérieur ; les autres étudiants sont régis par le Ministère de l'Instruction publique. Les inscriptions et les consignations attestent le pacte entre l'étudiant et l'État ; la Faculté, qui représente celui-ci, confie ses stagiaires à des chefs de service, qui acceptent la mission de leur donner l'instruction clinique. Les stagiaires sont donc en droit de trouver à l'hôpital toutes facilités pour s'instruire, mais ce droit implique des devoirs tant à l'égard des malades, dont ils ne doivent pas accroître la fatigue, qu'envers ceux qui feront leur éducation médicale, et dont ils doivent faciliter la tâche.

On a beaucoup discuté sur la *liberté du stage*, c'est-à-dire sur le libre choix, par l'étudiant, du service où il désire s'instruire. Si elle est admise en théorie, elle sera limitée en pratique par l'impossibilité de recevoir utilement plus d'une douzaine de stagiaires par service : quand les premiers inscrits auront fait leur choix, les autres devront se contenter des services disponibles.

Même dans un service de son choix, le stagiaire ne s'instruira que s'il s'intéresse attentivement à la vie du service.

L'instruction passive n'existe pas, un cerveau ne peut être gavé malgré lui comme un estomac. Le désir de s'instruire demeure la seule garantie des progrès. Il est malheureusement quelques stagiaires dont l'attitude est la passivité et l'indifférence. Si on leur demande un travail personnel, même simplement l'exactitude et un peu d'attention, ils paraissent surpris et se dérobent aux efforts du chef de service pour leur faire examiner les malades. De ceux-là le stage passif est voué à l'improductivité. Heureuse-

ment j'ai eu tous les ans la satisfaction d'en recevoir un plus grand nombre qui se montraient pleins de bonne volonté et dociles aux conseils que je leur donnais.

Il y a quelques années, une enquête fut ouverte par un journal de médecine sur la meilleure forme à donner à l'enseignement médical. Celui-ci devrait-il procéder de l' « affirmation » ou de la « collaboration » ? Autrement dit, l'enseignement magistral doit-il être purement dogmatique, ou bien le maître ne doit-il pas plutôt donner à son enseignement un caractère pratique et plus vivant, en prenant pour pivot la discussion des faits cliniques observés, par une véritable collaboration des élèves? A tous ce dernier mode parut le meilleur; quelques-uns même le considéraient comme suffisant; d'autres, plus sages, revendiquaient l'application des deux méthodes, qui se complètent.

De deux étudiants livrés, l'un à une culture exclusivement livresque, l'autre à la seule étude du malade à l'hôpital, sans doute ce dernier sera le mieux préparé aux difficultés qui l'attendent au sortir de l'hôpital, après la conquête d'ailleurs difficile de ses examens de doctorat sans le secours des livres ou des leçons théoriques. Mais la conception d'une semblable méthode ne serait-elle pas elle-même une utopie? L'étudiant le plus attentif à l'enseignement clinique ne sera-t-il pas à tout instant arrêté par l'ignorance des processus pathologiques, des notions pathogéniques essentielles qui jettent tant de lumière sur les grands syndromes morbides d'où découlent les indications thérapeutiques ? Le chef de service ne pouvant pas d'ailleurs, au sujet de chaque malade, rappeler des chapitres entiers de pathologie, ne ressort-il pas avec la plus grande évidence qu'un double enseignement est nécessaire, que la pathologie et la clinique doivent marcher de front, et qu'à côté de l'enseignement hospitalier, véritable pivot des études, il faut faire une place très large à l'instruction puisée soit dans la littérature médicale aujourd'hui si riche, soit aux cours magistraux de la Faculté ?

Le stagiaire doit donc apporter à l'hôpital la volonté de s'instruire, dont l'exactitude et la régularité seront les conditions essentielles. Je n'insisterai pas sur le système coercitif d'un appel quotidien, qui relève les présences, note les absences, à un âge où les mesures d'intimidation, les menaces d'une inscription rayée devraient ne pas avoir d'empire sur l'élève. L'heure de l'arrivée à l'hôpital varie avec les services ; elle doit être celle qui permet de préparer la visite du chef. Le stagiaire doit arriver assez tôt pour connaître, afin de les signaler, les malades nouveaux, pour être informé de tout incident nouveau chez les malades anciens, assez tôt aussi pour s'éclairer auprès des aînés sur des faits difficiles à interpréter. Ainsi préparée, la visite du chef sera pour eux plus fructueuse. De retour chez

lui, c'est avec fruit et avec un plaisir croissant au fur et à mesure de ses progrès que l'élève complétera dans ses auteurs les notions acquises le matin.

Bientôt le stagiaire ne se contentera pas de recueillir l'enseignement qui lui est offert, pour ainsi dire, sur un plateau ; il abordera lui-même le malade, s'efforçant par une analyse détaillée des moindres signes de faire son diagnostic. Il interrogera et examinera le malade à son tour, quand il aura appris la méthode d'examen. Mais ici se dresse une difficulté inhérente au nombre des examens qui vont se succéder pour un même malade. L'interne, l'externe, puis le chef de service auront tour à tour questionné le malade, l'auront retourné en tous sens pour le bien connaître ; d'où le risque de quelque fatigue pour le patient, quelquefois même, rarement, le refus de sa part de se soumettre à un nouvel examen. Que deviendra donc le stagiaire hésitant, souvent timide, auprès du malade, et toujours inexpérimenté, s'il n'a soin de combiner son travail avec celui de ses aînés ? C'est pourquoi il importe de répartir les lits entre tous les élèves stagiaires et bénévoles pour assurer à chacun d'eux dans la personne de l'externe, désigné pour surveiller plusieurs groupes de lits, d'abord un modèle, puis un guide, et bientôt un collaborateur pour la recherche des symptômes qui, groupés avec méthode, vont constituer « l'observation du malade ». Par cette collaboration bien comprise, l'élève prend vite l'habitude de fixer sur le papier l'état du malade à son entrée, puis de noter chaque jour l'évolution de la maladie jusqu'à son départ de l'hôpital.

Ce malade, revu tous les matins, guérit-il, son observation demeure dans les archives du service comme un document très utile, dont les moindres détails, recueillis sans parti pris ni omission, viendront plus tard, lors d'une nouvelle maladie, qui souvent ne sera que la suite logique de la précédente, éclairer les constatations des successeurs dans le service.

La mort vient-elle au contraire clore les observations cliniques sur un malade qu'il a suivi, le stagiaire trouve à l'hôpital le privilège d'une étude nouvelle. Si l'autopsie n'est pas, comme l'a dit un sinistre railleur, le but de la clinique, on peut dire que la clinique fait aimer la salle d'autopsie et, par un juste retour, celle-ci prépare à mieux comprendre les obscurités de la clinique : l'observation ne sera donc complète qu'après un procès-verbal minutieux de l'autopsie, et j'ai toujours voulu que le stagiaire et l'externe qui avaient pris en commun l'observation clinique fissent en commun l'autopsie, en y consacrant le temps qu'il faut, sans négliger aucun organe, même ceux qui, d'après l'histoire connue du malade, sembleraient n'avoir pas été lésés. Que de trouvailles d'autopsie viennent réformer nos diagnostics ou mettre sur la trace de maladies encore méconnues !

Ainsi s'enrichira pour le stagiaire un dossier d'observations que plus tard il relira avec fruit et dans lequel il pourra trouver, pour la préparation de la thèse qui doit couronner ses études, de précieux documents. De cette habitude contractée à l'hôpital, d'une analyse détaillée du malade, résultera pour lui la continuation dans sa clientèle de l'excellente méthode des fiches établies pour chacun de ses malades.

Des observations longues, presque confuses, du début, l'élève doit arriver à dégager les points essentiels, et, la méthode synthétique se développant parallèlement à la méthode d'analyse, il aura appris à résumer brièvement l'histoire de chaque malade ; de courtes fiches le mettront à l'abri des inévitables lacunes de la mémoire.

C'est une singulière organisation que celle qui consiste à faire débuter les stagiaires dans les services de clinique. Car ou bien le professeur, désireux d'être compris de ces auditeurs ignorants, se condamne à un enseignement rigoureusement élémentaire et verra son amphithéâtre déserté par les étudiants en fin d'études qui viennent lui demander le perfectionnement et par les docteurs étrangers cherchant le dernier mot de la science française. — ou bien ce maître, qui fait connaître ses travaux personnels sur des sujets controversés, risque d'être inintelligible pour les débutants ou, pis encore, laissera dans leurs esprits des notions mal comprises, germes d'erreurs et de malentendus.

Il est vrai que depuis peu la Faculté, désireuse d'imposer « son empreinte aux débutants », s'est efforcée de remédier à cet inconvénient, en confiant la propédeutique des étudiants de première année à des moniteurs (1) choisis par le professeur parmi ses anciens élèves, candidats aux hôpitaux ou à l'agrégation, qui se contenteront d'une simple indemnité.

Pourtant je persiste à penser que les stagiaires de première année devraient être confiés à des chefs qui, abdiquant les prétentions scientifiques, n'ont d'autre ambition que d'être des enseigneurs d'éléments, nourriciers de jeunes esprits, et conscients de remplir le rôle utile de bons maîtres dans une école professionnelle.

Quoi qu'il en soit de l'organisation du stage, on peut dire que l'intérêt de l'étudiant est de devenir le plus vite possible externe ; mais le nombre des places mises au concours est nécessairement restreint, l'indemnité payée aux externes par l'A. P. obligeant celle-ci à n'en pas nommer davantage. A vrai dire, l'externe est seul dans des conditions réellement propices aux progrès cliniques. C'est naturellement lui qui interroge le premier, chaque matin, le malade, celui-ci ayant en général été pourtant vu à la visite du soir par l'interne, qui est par excellence le privilégié du service.

(1) H. P., L'enseignement de la médecine devant le Sénat, *Presse méd.*, 15 mars 1919.

La tâche du premier qui interroge le malade est la plus aisée à un point de vue, parce que celui-ci est encore tout disposé à répondre à l'intérêt qu'on lui témoigne et le fait volontiers, avec son caractère personnel variable qui place l'interrogatoire dans les conditions réelles de la pratique. Plus tard, le malade, façonné pour ainsi dire à cette formalité, sachant ce qu'on attend de lui, dressé presque par les médecins, fait des réponses stéréotypées qui conduisent plus vite au diagnostic et facilitent la tâche du nouvel interrogateur. Par contre, si les interrogatoires antérieurs ont été mal dirigés ou incomplets, le malade entraîne naturellement dans la fausse direction le clinicien novice. C'est un des pièges que la clinique, et plus particulièrement celle des hôpitaux, tend aux médecins qui ne sont pas doués d'une sagacité doublée de défiance. Nous avons tous vu des exemples de quelque erreur de diagnostic, admise par tout un service et redressée par l'examen et l'interrogatoire d'un médecin nouveau venu : un coup de sonde plus heureux dans les commémoratifs en direction nouvelle ou l'analyse plus minutieuse des symptômes et signes ont permis ce triomphe.

Pareille satisfaction peut être réservée dans la pratique extra hospitalière au clinicien sagace et patient qui rencontre un chronique jusqu'alors mal classé par des confrères prévenus ou trop pressés. Nous retrouverons l'explication de ces faits à propos des causes d'erreur à éviter dans la pratique. Nous n'avons fait cette digression que pour indiquer les avantages et inconvénients inhérents aux différents degrés de la hiérarchie hospitalière.

Des divers points de vue auxquels sont amenés à se placer les étudiants et les chefs découle pour le malade hospitalisé la garantie d'un diagnostic exact qui doit compenser à ses yeux les ennuis causés par tant d'interrogatoires et d'examens successifs.

MÉTHODE D'INITIATION A LA CLINIQUE

Quel que soit le mode de début dans la fréquentation des malades, l'étudiant désireux de se former le mieux et le plus vite — ce ne pourra jamais être très vite, car l'éducation clinique veut un long temps, c'est un fruit qui ne devient savoureux qu'en mûrissant lentement, et la « forcerie » n'est pas applicable à la culture des esprits, — l'étudiant se trouvera bien d'adopter la méthode suivante, que j'ai toujours recommandée aux stagiaires confiés à mes soins.

Quand le hasard de la clinique amène une maladie à l'observation de l'étudiant, s'il ne la connaît pas encore, qu'il s'empresse *le jour même* de lire le chapitre de pathologie correspondant, dans un bon Précis, et d'en résumer les traits principaux, *plume en main*, pour voir en quoi le cas

particulier soumis à son observation diffère du tableau schématique de la nosographie; il pourra le lendemain vérifier s'il n'a pas omis de rechercher tel ou tel symptôme, il comprendra rapidement ainsi en quoi la réalité clinique, avec ses modalités innombrables et ses cas frustes, diffère des descriptions théoriques et schématiques. Qu'il lise le chapitre *entier*, non seulement les symptômes et l'anatomie pathologique, mais l'évolution et le traitement.

Qu'il n'hésite pas, les jours suivants, à se faire expliquer par ses anciens les difficultés qu'il peut rencontrer à rattacher le cas particulier à la description du livre. Aucun travail n'est plus profitable que la comparaison quotidienne entre la clinique et la pathologie, entre la réalité objective et l'abstraction : tout étudiant qui s'impose ce devoir journalier est assuré de faire des progrès bien rapides.

L'objection qui m'a été faite par beaucoup d'étudiants, c'est qu'ils avaient déjà beaucoup de travail par suite de la préparation de leur conférence hebdomadaire pour le concours d'externat, sans parler des travaux pratiques, et en vérité l'étudiant en médecine qui prépare un concours, en même temps qu'il obéit aux obligations de la scolarité, n'a guère de loisirs. Néanmoins, je persiste à donner le conseil de prélever chaque jour sur le temps de préparation au concours celui qu'il faut pour étayer l'effort clinique de la matinée. D'ailleurs ces lectures sont surtout nombreuses au début de la fréquentation de l'hôpital; au fur et à mesure que les maladies courantes se sont présentées à l'observation de l'étudiant, ces résumés de pathologie seront moins nombreux et d'ailleurs chacun d'eux retrouve sa place dans les notes en vue de conférences ultérieures.

Deux écueils guettent les débutants : la timidité et la paresse.

Je m'excuse d'insister : toute la carrière d'un médecin dépendra presque toujours de la manière dont il a commencé ses études et surtout de son apprentissage dans l'examen des malades. Il doit éviter de prendre de mauvaises habitudes et s'efforcer d'en prendre de bonnes.

Or la *timidité* est un premier danger, bien qu'elle soit quelquefois la conséquence d'une qualité, une éducation familiale sévère ou soignée qui a inculqué au jeune homme la discrétion dans les rapports sociaux, la crainte de déranger ses voisins ou ses supérieurs par l'âge ou la hiérarchie. Les chefs, observateurs des jeunes gens qui les entourent, en voient qui, quoique désireux de s'instruire, se tiennent souvent dans l'ombre, se laissant écarter du maître ou du malade par les camarades moins discrets, qui n'hésitent pas à jouer des coudes. Ce sont les mêmes timides qui osent à peine questionner les malades et encore moins les manipuler. Ce timide, s'il n'a pas compris aussitôt l'explication qu'on lui donne, n'ose pas la faire répéter et vivra longtemps sous le joug de l'erreur et du malentendu. Tout

bon chef doit songer à ces pauvres garçons qui sont perdus dans la cohue et s'y laissent submerger si on ne leur tend pas la perche. Il est nécessaire de les guérir de leur timidité : un médecin ne peut, ne doit pas se laisser intimider tant qu'il est mû par un motif respectable ; s'il ne se débarrasse pas dès le début de ses études de cette excessive discrétion, qui n'est pas même de la discrétion — car l'indiscrétion ne commence que quand la curiosité n'est plus légitimée par l'utilité scientifique ou par le bien qu'on veut faire, — l'étudiant timide risque de rester un praticien timide, dont la bonne volonté sera trop souvent paralysée par sa timidité.

La *paresse*, ou, à moindre degré, le défaut de persévérance dans l'effort, est la cause la plus ordinaire de la lenteur des progrès ou de la prise de mauvaises habitudes, qui — on ne saurait trop insister sur ce point — sont souvent indéracinables et poursuivent pendant tout le reste de sa carrière l'étudiant qui les a contractées.

Le défaut de méthode dans l'interrogatoire, qui entraîne l'omission de circonstances importantes dans les commémoratifs et des lacunes dans l'examen des divers appareils, la mauvaise manière de palper, de percuter et d'ausculter sont les conséquences les plus habituelles de l'insuffisance d'un effort quotidien dans l'exécution de ces opérations fondamentales de la clinique.

LES MONITEURS. — ASSOCIATION DU LIVRE A LA CLINIQUE

Comme le zèle ne suffirait pas à un débutant pour éviter de mal faire, il lui faut de toute nécessité un guide, un bon guide. Le meilleur de tous et même l'indispensable est un ancien qui sait et qui est complaisant. Les externes et les internes sont à ce point de vue les guides naturels du stagiaire avec le chef de service. Par malheur, à certains débutants le bon guide a fait défaut ; il arrive que ceux qui devraient guider le novice négligent de le faire, il arrive qu'eux-mêmes soient incapables de le guider ou, qui pis est, le guident mal, ayant eux-mêmes de mauvais principes de clinique.

Tout chef de service a vu arriver des externes, déjà avancés dans leurs études, des internes même, ayant contracté de mauvaises habitudes d'examen clinique, qu'il est difficile, quelquefois impossible de leur faire perdre. De telles constatations démontrent la nécessité de *moniteurs de clinique*, officiels, compétents et rétribués dans les services de stagiaires. La connaissance pratique de l'anatomie, la pratique de l'obstétrique n'ont cessé d'être l'apanage d'un petit nombre à la Faculté de Paris qu'à partir de l'époque où le professeur Farabeuf et le professeur Pinard ont eu assez de

ténacité pour obtenir la création de moniteurs d'anatomie et imposer le stage obstétrical.

A défaut de moniteurs, l'étudiant pourra prendre pour guide un bon livre de séméiotique et de technique clinique, exposant clairement les méthodes d'examen du malade par les moyens multiples dont dispose la médecine contemporaine.

De pareils livres ont longtemps fait défaut; ils ont particulièrement manqué à notre génération d'étudiants qui ne connut que d'anciens traités, tels que Racle, Barth et Roger, livres remarquables à l'époque où ils avaient été conçus, mais dont on se bornait à faire de successives éditions, en y ajoutant parcimonieusement, en notes, quelques techniques nouvelles. Les techniques se sont multipliées depuis la naissance de la bactériologie, de la chimie clinique, de la radiologie, etc. Mais trop souvent ces techniques sont restées exposées dans des traités spéciaux. Aujourd'hui existent d'excellents livres français en ce genre. Les professeurs Debove et Achard ont publié un *Manuel de diagnostic médical* (1903). Deux plus récents ne sauraient être trop loués et recommandés pour la clarté, la méthode, l'abondance des figures, le souci d'éviter au lecteur toute perte de temps inutile; ce sont la *Technique clinique médicale et séméiologie élémentaires* d'Emile Sergent, en collaboration avec Ribadeau-Dumas et plusieurs collègues (1), et le *Diagnostic clinique (examens, symptômes)*, par Alfred Martinet, illustré à profusion, le plus complet qui soit, mais que son format rend moins transportable à l'hôpital (2).

Quelques réflexions peuvent trouver place ici sur le *rôle du livre*, qui ne doit pas être le même à toutes les étapes de la formation du médecin. Si le débutant s'abandonnait sans direction dans l'océan des imprimés, il ne tarderait pas à s'y noyer; il serait plus frappé des contradictions et des discordances que des conclusions positives. L'étudiant a besoin d'être guidé dans ses lectures et il doit passer par la phase des manuels bien faits, avant d'aborder les mémoires originaux, tant qu'il n'a pas une teinture des éléments des questions courantes.

Le livre vaut surtout par les planches qui illustrent le texte pour tout ce qui peut être vu.

Toutes les fois que cela est possible, l'étudiant doit chercher à voir ce dont il lit la description. La nécessité de développer avant tout la connaissance par les sens s'impose pour l'étudiant en médecine : dès le P. C. N. il faut qu'il voie et manipule les objets de son étude, qu'il apprenne à se servir à la fois de ses yeux, de ses mains et de ses instruments.

(1) A. Maloine et fils, éditeurs, 3e édit., 1918.
(2) Masson et Cie, 1919.

De même, quand il passe à l'anatomie, il doit avoir immédiatement sous les yeux un squelette monté et entre les mains les os à manier ; il faut qu'un moniteur ne le laisse pas s'égarer à la recherche des tubérosités, des sillons et des empreintes sur les figures d'un livre.

Dès qu'on aborde la myologie et l'arthrologie, la dissection s'impose et le contrôle de la préparation anatomique par le moniteur et le livre doit être incessant ; il faut éviter à tout prix les erreurs initiales.

Parallèlement à l'anatomie descriptive doit le plus tôt possible être étudiée l'anatomie régionale au moyen des planches, des pièces sèches, des préparations en relief. Le moniteur signalera les applications médico-chirurgicales les plus aisées à comprendre pour éviter la monotonie et la courbature de la mémoire.

De même pour l'histologie et la physiologie : le microscope en main et sous l'œil, les instruments et les expériences les plus simples doivent être à la disposition de l'étudiant, si on veut que son intérêt ne fléchisse pas et qu'il ne s'endorme pas sur un livre même abondamment illustré.

Pour revenir à la clinique, le livre seul ne peut suffire au débutant. Dès son entrée à l'hôpital l'étudiant doit voir et toucher et flairer ; il faut qu'il apprenne à palper les diverses régions, à se placer convenablement auprès du malade dans l'attitude la plus commode pour bien examiner, la moins gênante pour le patient ; on doit lui imprimer dès le début dans l'esprit le respect du malade, tout en lui montrant qu'il peut parfaitement être concilié avec la recherche de tous les renseignements nécessaires à l'inventaire des signes et des symptômes.

Il ne faut pas laisser le débutant s'égarer sur un grand nombre de pistes à la suite d'une description livresque. La méthode la plus profitable est celle qui série les questions, procède des signes les plus simples aux plus complexes : c'est ainsi que le facies, l'attitude dans le lit, l'aspect extérieur doivent d'abord être signalés par le moniteur de séméiotique. Celui-ci insistera sur les principes de la palpation : éviter de palper avec des mains trop froides (en hiver, les étudiants feront bien de les tremper dans l'eau chaude au début de la visite), commencer avec une extrême douceur pour ne pas provoquer les révoltes réflexes ou volontaires des patients ; — pour la percussion, la position des mains et des doigts, l'assouplissement du poignet, l'éducation de l'ouïe à la perception des nuances de sonorité et de matité, parfois si difficiles pour des oreilles sans aptitude musicale — ; pour l'auscultation, tant d'erreurs à éviter. Ici un conseil capital, si souvent méconnu : commencer à ausculter assez longtemps des poumons et des cœurs *sains*, puis des cas pathologique *simples* où l'oreille ne doit rencontrer qu'un seul type d'anomalie.

Un débutant qu'on laisse ausculter un thorax où s'entre-choquent des bruits pathologiques multiples et complexes, qu'on n'a pas accoutumé à rechercher toujours les modifications du bruit respiratoire sous les bruits adventices (Grancher, Faisans), qui n'a pas encore dans l'oreille le rythme normal et le timbre des claquements valvulaires quand on lui signale des souffles et des dédoublements, est en passe de ne jamais bien ausculter.

Quand l'étudiant a commencé à se servir du livre, il importe que le moniteur souligne à chaque instant les divergences entre les descriptions schématiques et les réalités du cas particulier.

Ce n'est que quand on on a pu lui faire voir un cas clinique simple que l'élève aura profit à lire seul chez lui la description du manuel, et le lendemain il devra se faire expliquer les raisons des divergences entre celle-ci et le cas qui lui a été montré.

Dès le début il faut faire comprendre la distinction entre les schémas de la pathologie et les variations incessantes de la clinique, pour prévenir le découragement qui envahit certains esprits quand ils rencontrent sous une même étiquette nosologique des malades au premier abord très dissemblables.

Ce n'est en général qu'après avoir pris une teinture des maladies courantes dans un bon manuel qu'il sera fructueux de relire celles-ci dans un Traité plus détaillé. Il sera, à ce moment, très utile de lire telle ou telle description classique des grands peintres de la clinique, dont Trousseau est resté en France le plus parfait.

Un pas en avant sera fait dans la méthode d'instruction par le livre en se reportant à la lecture de tel ou tel de ces Mémoires originaux demeurés classiques, parce qu'ils ont, les premiers, fait connaître une maladie, telles par exemple les descriptions de l'ulcère gastrique par Cruveilhier ou de l'ataxie locomotrice par Duchesne (de Boulogne), etc. C'est aux directeurs de conférences d'externat et surtout d'internat de signaler chaque semaine l'utilité de quelques-uns de ces travaux fondamentaux, qui reposeront l'esprit des articles des Dictionnaires et des Encyclopédies.

Mais il ne faut pas laisser les étudiants se plonger dans de trop longs Mémoires, dans les publications périodiques contemporaines, tant qu'ils n'ont pas fait un premier cycle de conférences. Il faut aussi protéger les débutants contre la curiosité qui pousse quelques-uns à lire des descriptions de maladies rares, à moins que les hasards de la clinique n'en ait amené un cas sous leurs yeux.

Tout bon etudiant doit lire la plume à la main et apprendre à *résumer clairement* chaque lecture. La prise d'observations cliniques est l'autre moyen d'acquérir la méthode d'exposer et de résumer tout cas.

Des études médicales bien faites comportent la rédaction parallèlement

de Résumés de pathologie et de Dossiers d'observations cliniques, dès le début et à travers tout le périple scolaire et hospitalier. Il faut apprendre dès le début à *constituer les cadres dans lesquels on rangera méthodiquement toutes ses acquisitions ultérieures*. Le bon praticien trouvera dans ses dossiers d'étudiant un point d'appui solide pour caser le fruit de ses lectures et l'habitude prise de conserver les observations à l'hôpital lui rendra facile autant qu'utile la confection des fiches de clientèle.

Cette méthode d'instruction, utile à tous, est rigoureusement indispensable aux étudiants qui nourrissent les hautes ambitions scientifiques. L'*érudition* est nécessaire non seulement pour les concours et l'enseignement, mais pour les recherches personnelles; elle suggère des idées et empêche qu'on ne perde son temps à chercher ce que d'autres ont déjà trouvé. Mais, pour les étudiants en fin d'études, c'est le dépouillement méthodique des collections de mémoires originaux, des revues et des journaux, qui devient le complément nécessaire des lectures des grands Traités du passé comme du présent. Alors la connaissance des principales langues étrangères devient précieuse, elle est même indispensable ; car il est imprudent de se fier aux analyses des travaux étrangers faites par les journaux d'une autre langue : la plupart sont incomplètes, sinon erronées.

Le couronnement des lectures est la pénétration dans le passé, la connaissance de l'*Histoire de médecine*. A vrai dire, au cours de l'étude de toutes les questions figure un historique, mais c'est là un côté bien défectueux de nos méthodes d'enseignement livresque. L'historique des questions nées de notre temps, des maladies bactériennes ou nerveuses, est souvent assez exact ; mais, dès qu'on remonte dans le passé, les aperçus historiques qui se transmettent de manuel en manuel sont si incomplets et parfois si faussés qu'on aurait mieux fait d'y renoncer. Il appartient au professeur d'histoire de la médecine de faire respecter l'exactitude de la tradition doctrinale.

ACQUISITION DES TECHNIQUES

On ne saurait trop insister sur la nécessité de connaître à fond les divers **procédés d'exploration** qui permettent le diagnostic, depuis l'art d'interroger, de palper, ausculter, percuter et de prendre des observations jusqu'à tous les modes d'examen par les méthodes du laboratoire, dont l'ensemble constitue la *technique* clinique et que « le médecin doit posséder tout comme un artisan », dit M. Hayem, ajoutant : « Au moment où les études médicales ont été organisées, la technique était très réduite et s'apprenait facilement en suivant simplement la visite journalière à l'hôpital. Mais actuellement elle est devenue très complexe et

demande une longue éducation. Il n'y a peut-être pas un étudiant sur mille qui la possède à peu près à la fin de sa scolarité, pas un seul qui puisse se vanter de la connaître en entier. »

Sans doute, mais il est impossible qu'un étudiant, quoique zélé, puisse en six ou sept ans utiliser personnellement tous les procédés de la technique, qui vont se multipliant. Seulement il est nécessaire qu'on lui inculque ceux qui sont indispensables à une pratique courante et qui ne nécessitent pas un outillage qu'un praticien n'aura jamais à sa disposition : ces quelques *techniques fondamentales*, il doit les avoir mises en œuvre assez souvent à l'hôpital pour en être maître : pour cela, il faut que tous les service hospitaliers soient pourvus de laboratoires suffisants et qu'un moniteur y exerce *chacun* des élèves à tour de rôle et *plusieurs fois*.

Quant aux techniques plus complexes, il faut qu'il en connaisse l'existence et la valeur, afin de pouvoir les appeler à son aide dans les cas difficiles, en s'adressant au concours de spécialistes de laboratoire, dont la multiplication dans un grand nombre de villes est devenue indispensable. Il ne peut faire lui-même les cultures, les réactions et les analyses, mais il doit pouvoir prélever correctement les liquides ou les tissus, afin que le biologiste, microbiologiste et chimiste, puisse en tirer parti dans de bonnes conditions.

L'APPRENTISSAGE CHIRURGICAL. — DÉONTOLOGIE DES ÉTUDIANTS

En regard des conseils que peut donner un médecin, je placerai ceux qu'une expérience d'une durée semblable ont suggérés à un chirurgien. Dans une leçon d'ouverture faite à l'Hôtel-Dieu en 1906, mon si regretté collègue A. Guinard exposait, avec l'esprit et la bonhomie cordiales qui caractérisaient cette victime du devoir professionnel, les principes de la déontologie des étudiants, **les devoirs des élèves** *dans les hôpitaux*.

Il leur rappelait qu'à l'Administration de l'Assistance publique ils devaient l'*économie dans les objets de pansement* (ouate, bandes, alcool, etc.) « en évitant les prodigalités inutiles qui, répétées de service en service, finissent par grever le budget des pauvres dans des proportions inattendues » —, aux malades, douceur en les examinant, patience en les écoutant, discrétion et respect de la pudeur de la femme (même quand elle est feinte). Ne la découvrez pas d'un geste brusque, « découvrez-la doucement, tout en lui disant que vous ne la découvrez pas ; glissez une compresse en triangle sur le pubis quand vous voulez palper le ventre ; vous la trouverez d'une docilité parfaite ; la compresse pourra se déplacer au cours de l'examen, la malade n'y prête plus attention. Et vous aurez pris ainsi une excellente habitude

pour l'examen des malades dans votre future clientèle. » — Dans les interrogatoires, pas de curiosité inutile : à un homme blessé d'un coup de couteau dans le ventre, vous devez demander s'il s'est frappé lui-même ou s'il a été blessé par un autre ; mais gardez-vous de l'interroger sur les causes de son suicide ou de l'assassinat.

A une femme qui paraît avoir fait une fausse couche ou est en train d'accoucher d'un embryon, il est inutile de demander si elle a fait ou subi des manœuvres abortives, puisqu'elle répondra toujours négativement. « Vous êtes tombée dans un escalier ? » avait l'habitude de dire Guinard, et, sur une réponse affirmative et précipitée, il se déclarait fixé, sans avoir fait de question indiscrète.

Ne demandez pas à une femme si elle est mariée avant de lui demander si elle a des enfants ; la seconde question seule est utile au médecin et la première est maladroite si la réponse doit y être négative, la seconde étant positive.

Éviter, sauf nécessité, les questions inquiétantes sur les ascendants cancéreux ou tuberculeux dans les cas où l'interrogé peut être amené à s'attribuer une affection de même nature.

Quand on parle devant le malade de son affection, éviter les termes qui doivent être compris par lui et l'alarmer (sommet suspect, caverne du poumon). Apprendre de bonne heure l'art des périphrases et les synonymes : sommet respirant mal, géodes, spelunques. Songer aux cas où un mot a suffi pour désespérer un pauvre malade et le conduire au suicide. Ne pas parler de syphilis, de blennorhagie et de chancre mou, quand on peut se comprendre entre médecins en parlant de tréponèmes ou de spirochètes de Schaudinn, de gonocoque, de bacille de Ducrey.

Il y a des examens maladroits, celui de la bouche et de la gorge après celui des organes génitaux ; — des fautes grossières, comme de faire succéder le toucher vaginal au toucher rectal sans se laver les mains.

Quand on parle auprès d'un malade aux débuts ou à la fin d'une anesthésie générale, surtout après l'emploi du chlorure d'éthyle, se méfier de la possibilité d'être entendu par lui, alors qu'il semble endormi et entend pourtant.

En surveillant avec soin ses actes et ses paroles dans les salles d'hôpital pour se conformer aux règles fondamentales de l'attitude d'un bon médecin, l'étudiant prépare son succès dans la clientèle. « Et voilà comment une justice immanente vous récompense un jour du zèle que vous avez mis à soigner vos malades des hôpitaux. » — Ironie de nos destinées ! L'excellent maître qui avait prononcé cette phrase, juste au fond, le chirurgien si dévoué à ses blessés et universellement aimé d'eux, ne devait-il pas être assassiné peu d'années plus tard, comme le professeur Pozzi à son tour.

par un de ses anciens opérés? Il devait encore donner pendant quelques jours d'agonie un admirable exemple de résignation courageuse et stoïque.

Les étudiants doivent se montrer courtois et complaisants pour les médecins étrangers au service, aussi bien les médecins des autres nations et de la province, de passage à Paris et qui désirent connaître l'organisation de nos hôpitaux, que les médecins de la ville, soit qu'ils viennent à l'hôpital pour « se tenir au courant », soient qu'ils aient à voir un de leurs malades qui y a été transporté. Plus d'un étudiant qui fait grise mine aux visages inconnus et cherche plutôt à décourager les visiteurs, changerait d'attitude s'il songeait que quelques années, quelques mois plus tard, il peut avoir à son tour le désir ou la nécessité de venir dans un hôpital et qu'il serait vivement froissé d'y rencontrer un accueil glacial et hostile de la part de ses successeurs.

Il faut à tout prix s'abstenir de parler devant les malades en termes méprisants ou malicieux des confrères de la ville qui les ont soignés ou les ont envoyés, de contester leur diagnostic, de critiquer leur traitement.

Un côté non négligeable de la déontologie des élèves est le soin d'entretenir des rapports convenables avec le *personnel* des employés à tous les degrés, infirmiers des deux sexes et surveillantes. C'est en leur témoignant hautement l'estime que méritent la plupart d'entre eux dans l'exercice d'une profession si pénible, qu'on obtient le mieux leur aide pour s'instruire comme pour bien soigner les malades.

§ 2. L'Externat.

LE CONCOURS. — LES CONFÉRENCES. — CHOIX DES CHEFS

Le rôle des externes dans les services de médecine consiste à recueillir les observations des entrants, à pratiquer l'analyse des urines de chaque malade, à tenir les cahiers de visite (ce qui n'est pas toujours facile à obtenir d'eux), à exécuter des explorations d'abord simples, puis plus compliquées, suivant leur ancienneté et leur degré d'instruction, sous la surveillance de l'interne et du chef de service, qui demeure responsable de tous les actes de ses subordonnés: les ponctions faciles des ascites, des épanchements pleuraux, et même les ponctions lombaires, les cathétérismes, le lavage de l'estomac, l'électrisation, le massage, les injections hypodermiques et même intraveineuses peuvent leur être confiés au fur et à mesure que le chef a pu s'assurer qu'ils exécutent convenablement ces interventions; car il est nécessaire que ces jeunes gens puissent acquérir l'habileté technique pour devenir de bons praticiens.

Dans les services de chirurgie ils exécutent en outre les pansements

simples d'abord, puis plus compliqués, appliquent les appareils inamovibles, apprennent à pratiquer les anesthésies, servent d'aides dans les opérations de réduction des luxations et des fractures, ouvrent les abcès faciles et d'une manière générale font ce qu'on appelait jadis la « petite chirurgie ». A vrai dire, leur rôle est assez élastique ; ils doivent se rendre aussi utiles que possible à leurs chefs et plus ils montrent d'intelligence, de docilité, d'adresse et de sérieux, plus l'interne et le chef leur laissent d'initiative avec raison.

Le comble de la confiance qu'on leur témoigne, quand ils sont mûrs, est de leur confier la suppléance d'un interne.

La fonction d'externe, si elle est remplie avec conscience pendant trois à cinq ans, dans des services bien choisis, permet à un étudiant de devenir un excellent praticien ou spécialiste, en consacrant à une spécialité deux de ces années.

Dans les villes où existent des Facultés, les externes sont nommés au concours.

On a souvent discuté l'*utilité du concours pour l'externat*. Les arguments pour et contre les concours en général sont de valeur inégale. On a beaucoup insisté dans ces dernières années sur les *inconvénients :* préparation artificielle, qui tend à éliminer certaines questions comme non inscrites au programme ou rarement proposées, — prime excessive donnée au sang-froid, à la mémoire et à la facilité de parole, — part faite au hasard par le nombre trop restreint des questions sur lesquelles le candidat est jugé.

Parmi ces critiques, il y en a qui visent surtout le classement et n'ont guère d'importance que pour les concours supérieurs de l'internat, du clinicat et des hôpitaux, de l'agrégation et du professorat. Il faut examiner ces diverses objections séparément.

On peut demander aux *concours en général* deux sortes d'avantages :

a) Pour les candidats, de les obliger à un travail régulier et intensif, que la plupart des étudiants ne donneraient pas sans ce stimulant et cette obligation, de développer en eux des qualités spéciales : aptitude à examiner à fond les malades, à classer leurs idées rapidement et à les exposer clairement.

b) Pour les fonctions auxquelles conduisent les concours, d'accorder au public la garantie d'avoir les meilleurs fonctionnaires. S'il ne s'agissait que d'assurer leur aptitude, un examen suffirait.

Le concours assure-t-il le choix des meilleurs ? — Oui, si le programme est bien conçu, les juges compétents et équitables.

Pour ce qui est de l'externat, nous le voudrions obligatoire pour tous les étudiants. Le stage, même amélioré, sera toujours insuffisant pour former un praticien ; le stagiaire aura toujours entre le malade et lui la bar-

rière de l'externe, qui l'empêchera d'établir l'intimité du contact nécessaire pour accoutumer l'étudiant à pénétrer le moral du malade ; dans les services chirurgicaux et pour les actes manuels de la médecine, ponctions, injections, etc., le stagiaire n'aura jamais la facilité à s'entraîner par des manipulations assez fréquentes. Le stage n'est fructueux que pour une ou deux années du début de la fréquentation hospitalière. Nous engageons donc les étudiants à concourir le plus vite possible pour l'externat.

Les *avantages de l'externat* ne résident pas seulement dans la facilité plus grande qu'il donne à l'étudiant pour s'instruire cliniquement ; il y en a de non négligables dans la préparation du concours. On ne peut oublier que le médecin est appelé à parler, à exposer des opinions à chaque instant, à classer ses idées ; il ne saurait s'y entraîner trop tôt. En outre, le programme des études en pathologie et en petite chirurgie est si vaste qu'un étudiant livré à lui-même est exposé à s'y perdre, à aborder les questions secondaires avant les principales. Il trouve dans la préparation à l'externat à la fois un programme de travail et une méthode d'entraînement.

CONFÉRENCES

A ce second point de vue les services les plus sérieux sont rendus par le groupement des candidats en *conférences*, équipes de travailleurs, se réunissant chaque semaine en groupes et sous-groupes sous la direction et les conseils de quelque externe déjà mûri ou d'un interne.

Les meilleures conférences ne sont pas les plus nombreuses ; ce sont celles dont les dirigeants ont le plus de bonne volonté, d'ascendant sur leurs jeunes camarades et d'aptitude à la critique. Il est nécessaire qu'une entente amicale règne dans ces groupes et évite les froissements d'amour-propre.

Les chefs de conférence doivent avoir en vue l'intérêt de leurs élèves plutôt que leurs propres avantages ; dans le choix des questions données, ils ont à s'inspirer non pas de leurs visées personnelles à un concours supérieur, — et ce n'est pas en développant eux-mêmes des questions d'un ordre trop élevé, en s'écoutant parler, qu'ils rendront service à leurs auditeurs. Ils doivent surtout accoutumer ceux-ci à classer convenablement leurs idées, leur signaler leurs défauts (erreurs, excès de rapidité ou de lenteur, mauvaise prononciation, digressions, mauvais plans, etc.), critiquer les emphatiques et encourager les timides, etc. Tout externe n'est pas apte à être un bon chef de conférence ; mais, les anciens formant les nouveaux, ceux qui ont réussi servant de modèles aux débutants, s'est constituée peu à peu une tradition qui rend de grands services aux études médicales, à la condition d'éviter certains abus. Une conférence de futurs

médecins ne doit pas dégénérer en une parlote d'avocats, danger à craindre chez les Latins, surtout quand le groupe comporte une majorité de jeunes gens naturellement doués pour la parole, comme le sont souvent nos compatriotes du Midi.

On a cru rendre service aux candidats pour l'externat et l'internat en publiant dans certains journaux des *plans tout préparés* que les candidats apprennent par cœur. Cette habitude a été déplorable. Ce qui est utile, c'est d'avoir imaginé soi-même un plan, après avoir résumé soi-même la question plume en main. Autrement, les seuls avantages incontestables du concours n'existent plus et on a ouvert l'ère du psittacisme.

Longtemps la direction des conférences d'externat et d'internat a été gratuite ; depuis quelques années, l'usage s'est introduit d'une rétribution pour ceux qui les dirigent.

CHOIX DES CHEFS DE SERVICE

Quand le concours de l'externat est terminé, le classement devrait en toute équité permettre le choix parmi les services vacants d'après le rang obtenu. Il est regrettable que, sauf pour les externes de première année, l'usage ait autorisé le choix à l'amiable pour les externes des années suivantes ; il en peut résulter que les timides, ceux qui ont peu de relations médicales, mondaines ou politiques (en ce temps où la politique envahit tout) se voient écartés de places auxquelles ils auraient droit par leurs notes de classement.

Puisqu'on peut dans une certaine mesure choisir ses chefs, quelles raisons peuvent orienter un étudiant vers tels ou tels ?

Beaucoup ne songent qu'à rechercher des chefs dont la notoriété, l'influence supposée à la Faculté, à l'Académie, ou la riche clientèle semblent promettre à leurs élèves un appui dans les concours (et d'abord pour l'internat), ou des occasions de gagner quelque argent comme assistant dans des opérations en ville ou pour veiller des malades opulents. Certains calculent si tel ou tel chef n'a pas été depuis assez longtemps juge au concours de l'internat. De tels calculs sont beaucoup moins raisonnables que la recherche d'un service dont le chef est connu pour étudier avec soin ses malades, s'occuper quotidiennement et avec sollicitude d'instruire tous ses élèves, en consacrant à son service tout le temps nécessaire.

Il est sage de la part des externes qui ne sont pas résolus à pousser jusqu'à l'internat de choisir des chefs diversement spécialisés. Après deux bons services de médecine et de chirurgie, un externe qui s'oriente en vue d'une pratique générale recherchera les services de gynécologie, de maladies infantiles, quelques mois dans un hôpital de contagieux et en

dermato-syphiligraphie ; il aura dû nécessairement faire un stage en obstétrique.

Même s'il ne doit pas se spécialiser, il fera bien de fréquenter, à la fin de ses études, les services d'oto-rhino-laryngologie, de voies urinaires et même d'ophtalmologie, pour compléter le bagage de l'omnipraticien, appelé à faire en cas d'urgence tous les diagnostics courants et capable de juger exactement en quels cas il doit passer la main aux spécialistes.

§ 3. — L'Internat.

SES AVANTAGES. — LA SALLE DE GARDE. — LA RESPONSABILITÉ. — L'INTERNE PROVISOIRE. — DANGER DE LA SPÉCIALISATION PRÉMATURÉE.

L'internat doit être l'objectif de tout étudiant laborieux, s'il peut prolonger assez la durée de ses études.

Les avantages de la fonction d'interne sont des plus précieux : outre que la préparation à ce concours difficile est un entraînement très utile, qui accroît le bénéfice intellectuel et l'acquit en érudition (programme plus étendu, questions fouillées plus profondément, plus d'habitude pour parler et nécessité de l'exposition écrite), l'internat met l'apprenti médecin dans des conditions *d'intimité continue avec des malades* plus nombreux et plus variés : c'est vraiment l'interne qui, s'il s'y prête comme il a tant d'intérêt à le faire, devient le confident des malades grâce à la contre-visite du soir, où le calme des salles permet les conversations seul à seul, les examens prolongés auxquels les malades, surtout les femmes, se prêtent d'autant plus volontiers qu'ils ne se sentent pas entourés. Pour les malades admis par la consultation du matin ou d'urgence, l'interne est le premier à les voir ; le malade est plus confiant pour le premier médecin qui l'accueille, si l'accueil est cordial.

L'interne, pendant *la garde,* est appelé à prendre des initiatives et à faire des interventions qui augmentent vite son expérience et font déjà de lui un praticien.

La notion de la responsabilité s'impose à lui pour la première fois et il éprouve la nécessité de combler des lacunes dans ses connaissances qu'il ne soupçonnait pas. Quel ancien interne ne se souvient de l'ardeur fiévreuse avec laquelle, pendant une garde de jour ou de nuit, en face d'un cas obscur et paraissant exiger une décision urgente, il s'est précipité dans la bibliothèque, pour éclaircir le diagnostic et choisir la meilleure thérapeutique d'urgence ? Et s'il n'y réussit pas, il va trouver les collègues plus anciens ou qui ont pu être plus renseignés par leurs

services antérieurs, pour se faire éclairer et faire partager cette responsabilité dont il sent le poids.

Combien l'horizon s'élargit par le contact de collègues d'âges et de caractères différents, s'ils mettent en commun leur acquit !

C'est aussi le meilleur moyen d'*entrer dans l'intimité des chefs de service* et d'apprendre d'eux la conduite à tenir dans la clientèle, au cours des conversations qui s'engagent chaque matin pendant plusieurs mois entre un jeune homme désireux de se former intellectuellement et moralement et un ancien qui lui ouvre les trésors de son expérience. Si le chef est un savant chercheur, il prend tout naturellement comme collaborateur son interne, l'utilise pour ses propres travaux ou lui suggère des recherches personnelles pour des publications d'attente ou pour sa thèse. S'il est surtout un praticien, comme il est généralement pourvu d'une clientèle étendue, il est tout disposé à raconter à son jeune interlocuteur, — surtout s'il voit en lui le désir d'apprendre, la curiosité professionnelle, en même temps que la sympathie déférente et affectueuse, — des cas et des faits tirés de sa pratique passée ou présente, en lui en soulignant les difficultés et les solutions. Pendant le trajet de la salle de réunion des médecins jusqu'aux salles et pendant le retour, quelles conversations précieuses pour le jeune interlocuteur, s'il sait en tirer parti, conversations souvent bien douces aussi pour le vieux, qui revit ses souvenirs, ses anxiétés, ses déboires ou ses joies !

Il est certain que les quatre années d'internat de nos hôpitaux parisiens constituent, pour les jeunes gens qui savent en extraire tout le fruit, une période dans laquelle se décide l'avenir professionnel. On y élargit ses connaissances scientifiques, on y prend de l'autorité morale par la nécessité de diriger les élèves, le personnel et de faire la police des salles. On forme aussi son caractère, à un âge où il peut encore être modifié, par le contact journalier avec un certain nombre de collègues d'âges différents, dans une intimité qui met si vite en évidence les défauts et la qualité de chacun.

Mais le bénéfice de cette réunion de jeunes gens, à l'âge où chacun d'eux peut réagir sur les autres, ne peut être acquis que si la fréquentation est continue et sans réserve. Tel était le caractère des *salles de garde* à Paris dans ma jeunesse, à une époque où, suivant l'argot consacré, on « faisait salle de garde », c'est-à-dire que chacun de nous résidait entièrement à l'hôpital, logé, n'y couchant pas seulement les nuits de garde, mais y vivant presque sans interruption, s'en éloignant le moins possible pour aller dans la famille, au théâtre, ou dans les salles de garde d'autres hôpitaux, mais y revenant au plus vite avec joie. Un de mes collègues a passé presque ses quatre années à l'hôpital Saint-Louis en pantoufles sans

sortir ; il ne pouvait que devenir un de nos dermatologistes les plus éminents. J'évoque avec émotion les longs repas pendant lesquels une conversation intarissable *de omni re scibili,* dans tous les ordres d'idées, médical, politique, philosophique, littéraire et artistique — et *de quibusdam aliis* du genre joyeux, sentimental ou badin. Que de violentes disputes terminées en fusées de rires ! Je ne puis cacher que cette vie délicieuse, qui réalisait plusieurs des charmes de l'Abbaye de Thélème, dégénérait parfois en fracas orageux et en luttes intestines avec l'Administration directoriale. Mais tout finissait par s'arranger grâce à des concessions mutuelles.

Depuis cette époque, il paraît que les salles de garde parisiennes ont un peu perdu ce caractère « Thélémitique ». Moins de simplicité dans les mœurs des étudiants, de plus grands écarts dans leurs ressources pécuniaires, la prise trop au sérieux des divergences politiques, et la tendance de l'Administration à ne plus loger tous ses internes ont été les causes d'une transformation de la vie des internes de Paris, que plus d'un estime regrettable. Mais n'en subsistent pas moins les avantages principaux d'une institution précieuse, pépinière d'une élite médicale.

CONFÉRENCES

Depuis un temps immémorial, depuis la création de l'internat, je pense, la préparation au concours d'admission s'est faite par des conférences, que dirigent des internes en exercice au nombre de deux ou trois, associant leur compétence plus particulière pour l'anatomie, la chirurgie et la médecine. Elles sont maintenant quelquefois dirigées par d'anciens internes préparant eux-mêmes des concours supérieurs : clinicat, adjuvat, hôpitaux ou agrégation ; l'écart d'âge étant plus grand entre dirigés et dirigeants, les conférences ont un caractère de moindre camaraderie. Elles sont rétribuées : le nombre des candidats s'étant accru, les difficultés de la vie matérielle obligeant les chefs de conférence qui ont quitté l'internat à s'assurer l'équivalent pécuniaire du temps consacré par eux à la conférence, cette rétribution est légitime.

Un conseil à donner aux chefs de ces conférences est de ne pas verser dans l'écueil des plans trop détaillés tout faits, *ne varietur,* dictés à leurs élèves ; le principal bénéfice de la préparation à ce concours est dans la nécessité pour chacun des candidats de faire un effort personnel ; on doit redresser leurs défauts, les entraîner, mais ne pas leur mâcher la besogne. La préparation à la composition écrite doit avoir pour but d'apprendre à élaguer l'accessoire et à souligner le principal dans chaque sujet, en

prenant pour base le temps attribué à l'épreuve ; si les chefs de conférence songent trop à leurs futurs concours personnels, d'un degré plus élevé et à programme plus vaste, ils risquent de surcharger la mémoire de leurs élèves de trop de détails, qui pourront leur faire négliger certains points fondamentaux que le jury attend à la lecture et dont l'omission entraîne inévitablement une note médiocre, même quand les hors-d'œuvre sont nombreux et exacts ; au concours de l'internat, le poisson est plus important que la sauce, les juges estimant en général que ce qu'ils doivent exiger des internes, c'est la connaissance formelle des bases de l'instruction médicale, le complément devant être acquis au cours de l'internat. Dans un concours supérieur, les juges pourront quelquefois juger favorablement une épreuve où certains points fondamentaux auront été laissés dans l'ombre, à peine rappelés pour mémoire, si des détails accessoires nombreux, une forme brillante les séduisent. Pour l'internat, il est inévitable et désirable que tous les points cardinaux soient nettement marqués.

Les chefs de conférence feront bien d'insister sur la nécessité de ne pas écrire d'une façon illisible, sous prétexte de faire une copie plus longue, en usant au besoin d'abréviations que trop souvent le lecteur lui-même ne peut plus déchiffrer, pas plus que son gendarme (1) et ses juges. Ils devront rappeler à leurs élèves la nécessité de lire avec netteté et assurance, mais avec simplicité, sans emphase. Les candidats feront toujours plus d'effet sur un jury impartial par une copie de longueur modérée, d'un plan simple et clair.

La préparation de l'épreuve orale ne doit pas être négligée ; malgré l'opinion courante que, l'écrit étant éliminatoire et décidant l'admissibilité, l'oral a peu d'importance, les juges sont très sensibles à l'allure de cette épreuve, où certaines qualités, la présence d'esprit, la netteté, la pondération se manifestent d'autant mieux que le temps de réflexion est moindre et l'intimidation plus à craindre.

Enfin il ne faut pas perdre de vue que l'utilité de la préparation à l'internat ne doit pas être seulement de franchir par un tour de force une banquette irlandaise, mais de développer en même temps certaines qualités utiles pour toute la carrière. Avoir appris des plans par cœur sur les sujets qui, « cette année », d'après les prévisions des « malins » et suivant un calcul de probabilités bien souvent erroné, ont chances d'être mis dans l'urne, pourra une fois par hasard amener sur la liste des internes un externe « bien chauffé », bien documenté sur un petit nombre de questions, mais

(1) Nom donné par la tradition au candidat qui va lire sa propre copie et qui, assis près de son prédécesseur, doit contrôler la conformité du texte écrit et de la lecture ; il est de son *devoir* de suivre *effectivement* des yeux le texte du camarade, puisqu'il est délégué par tous ses compétiteurs. Cette fonction disparaît depuis l'anonymat des copies.

qui n'a pas préparé l'ensemble du programme. Ce succès n'en sera pas un pour l'avenir. L'interne incomplet aura été grisé par ce succès de mauvais aloi et oubliera de combler ses lacunes.

Il n'est pas avantageux, en général, d'arriver trop vite à ce but : être interne. Sans doute certains candidats, déjà mûris par l'internat dans une Faculté provinciale, ou déjà avancés dans leurs études et abordant plus tard le concours, ou remarquablement doués, peuvent être nommés à leur premier concours, à Paris, après une seule année de préparation. Mais, en général, deux années de conférences sont nécessaires pour s'assimiler toutes les questions du programme.

Parmi les admissibles, un nombre variable des non-admis est classé comme *internes provisoires*. C'est une habitude excellente de l'A. P. de ne pas augmenter le nombre des titulaires en proportion exacte du nombre des places, qui varie chaque année par suite de vides créés dans les trois promotions précédentes par décès ou maladies ou abandon prématuré de la fonction ; de ne pas même égaler le nombre des places de titulaires à celui des places nouvelles dues à la création de nouveaux services ou de nouveaux hôpitaux : ainsi la valeur du titre se maintient plus élevée et les provisoires suffisent parfaitement à combler les vides.

Les avis sont partagés parmi les candidats sur l'avantage qu'il y a à être « provisoire ». Les partisans y voient le stimulant de remplir déjà la fonction et de se sentir entraîné à un nouvel effort pour la conserver, de pouvoir plus tôt en tirer les bénéfices au même titre que les titulaires et d'avoir ainsi une ou plusieurs années d'internat supplémentaires, de se sentir soutenu au concours suivant par la bienveillance du jury, de se créer des relations avec un plus grand nombre de chefs ; car les provisoires, étant plus souvent des remplaçants, peuvent être déplacés une ou plusieurs fois au cours de l'année. — Les adversaires font valoir que certains jeunes gens, rendus trop confiants par suite de ce demi-succès, ralentissent leur effort, négligent de revoir ou de compléter leur programme, et même en sont empêchés par l'excès de travail que leur donne la fonction d'interne : celle-ci exige les contre-visites et facilite les tentations qu'offre la vie en salle de garde de se tourner vers le côté pratique et de négliger la préparation livresque, et de partager les distractions des internes titulaires. — Ces deux opinions contiennent une part de vérité : la solution dépend du caractère de l'intéressé, plus ou moins accessible aux tentations, de la nature des services auxquels il est attaché et qui peuvent lui laisser plus ou moins de liberté. Ce qui peut justifier les objections, c'est l'exemple de candidats qui sont deux ou même trois ans provisoires avant de conquérir le titre de titulaires. Pourtant nous croyons que les avantages sont en général supérieurs aux dangers.

CHOIX DES PLACES

Les provisoires n'ont pas à faire de choix, puisqu'ils sont à la disposition de l'A. P., qui les appelle au fur et à mesure des besoins. Ils ne peuvent pas se dérober au premier appel ; mais, au cours de l'année, si le nombre des provisoires disponibles est suffisant, ils peuvent laisser passer leur tour.

Quant aux titulaires, ceux de première année choisissent suivant le rang de nomination parmi celles que laissent vacantes leurs collègues des trois années antérieures, à l'exception du premier de la promotion qui peut, suivant l'usage, être attaché au service de la clinique chirurgicale de la Charité. Les internes de deuxième, troisième et quatrième années ont presque tous choisi leurs places, après entente de gré à gré avec les chefs de service. Cette liberté relative du choix a été plus d'une fois critiquée. Je la trouve pourtant mieux justifiée que pour l'externat. On a dit qu'elle avait l'inconvénient de favoriser les internes pourvus de relations mondaines ou de parentés médicales et d'exposer des jeunes gens de mérite à se voir frustrés des avantages inhérents à tel ou tel service et que devrait leur assurer leur rang dans le classement, les chefs ayant le droit de refuser les demandes qui leur sont adressées d'avance. Cette critique est fondée en équité, mais on peut faire valoir, en faveur de la coutume, que les rapports entre chefs et internes sont si intimes, exigent pour les besoins du service une confiance si grande du chef dans l'interne qu'un interne imposé par le règlement et un chef éprouvant de l'aversion pour son assistant auraient tous deux une existence intolérable, préjudiciable aux intérêts des malades et des élèves.

On a dit aussi que, la médecine étant un art, il fallait laisser les étudiants choisir leurs maîtres comme les élèves en peinture choisissent l'atelier qui leur inspire le plus d'attraits ; ainsi se forment les écoles par affinités intellectuelles et morales. Et cette vue contient une grande part de vérité. En fait, il y a peu d'exemples qu'un interne, bien noté comme externe, n'ait pas trouvé accès auprès de quelques-uns des chefs qu'il désirait choisir.

Ce choix doit être l'objet de sérieuses réflexions et peut être basé sur des considérations d'ordres divers, suivant les objectifs qu'on peut viser. Pour les internes qui ambitionnent l'agrégation ou les hôpitaux, les services de clinique et des professeurs présentent des avantages incontestables. Pour les jeunes gens qui visent certaines spécialités déterminées : chirurgie, ophtalmologie, obstétrique, otorhinolaryngologie et dermatologie, il est

d'usage de rechercher pour deux ou trois années les services consacrés à ces spécialités.

ABUS DE LA SPÉCIALISATION PRÉCOCE

Il serait peu sage, même si la possibilité en était offerte, de consacrer à la spécialisation les quatre années. Une année de médecine générale est précieuse pour tout médecin, même futur spécialiste. Pour la chirurgie, depuis bon nombre d'années on voit les futurs chirurgiens y consacrer tout leur temps d'internat; il est permis de se demander s'il n'y a pas un abus; une année de médecine n'est pas moins utile à un futur chirurgien qu'une année de chirurgie à un futur médecin pour éviter au premier de méconnaître plus tard une pneumonie ou une fièvre typhoïde, comme au second de laisser passer les indications urgentes d'une intervention dans une hernie, une appendicite ou une cholécystite. Au début de mes études j'ai eu pour interne, dans le service du médecin Desnos, à la Pitié, mon cher ami le futur grand chirurgien et professeur Édouard Quénu, que cette année de clinique médicale n'a pas empêché d'arriver à l'Institut.

Le territoire commun médico-chirurgical où la chirurgie a gagné, depuis les progrès de ses techniques, de plus en plus de terrain, doit être connu du médecin comme du chirurgien dans l'intérêt des malades. Le jour où il n'y aurait plus que des médecins et des chirurgiens spécialisés dès le début de leurs études, les progrès diminueraient dans les deux domaines.

Quant aux internes qui n'aspirent qu'à la pratique générale, leur intérêt est de rechercher la plus grande variété dans les services; s'ils peuvent, au moyen de permutations, ne rester que six mois dans certains services spéciaux : enfants, gynécologie, dermatologie, hospice de vieillards, affections nerveuses, maladies du tube digestif, ils en tireront un bénéfice certain dans leur pratique; la supériorité de tout praticien qui a *vu* est incontestable sur celui qui n'a appris les maladies que dans les livres, et le public a vite fait de s'en rendre compte.

Pour la dernière année, il sera toujours avantageux de rechercher le service d'un chef déjà avancé dans sa carrière, mûri par l'expérience et auprès duquel un interne déjà instruit pourra tirer parti de ses connaissances dans la pratique en se faisant initier, par des conversations intimes, à la variété si grande des espèces cliniques, des pièges de la clientèle, à la difficulté de la thérapeutique urbaine, à la déontologie, et à se préparer, en résumé, aux dures batailles de la vie médicale.

Des concours ont été institués entre les internes pour des prix (médailles d'or, d'argent, mentions). L'interne médaille d'or a le privilège important

de rester deux ans de plus interne en exercice, tout en passant sa thèse, et de choisir ses chefs pour ces deux années. Il jouit aussi d'une bourse de voyage.

Si j'ai insisté si longuement sur les avantages de l'internat, il n'en suit pas que l'internat soit une garantie absolue de succès pour tous ceux qui ont conquis ce titre, ni qu'il soit interdit aux bons externes de réussir aussi bien dans la pratique. L'internat vaut surtout par les facilités qu'il donne d'acquérir une plus grande expérience clinique, en voyant plus de malades, de se trouver plus tôt aux prises avec la responsabilité. Mais un interne qui a mal utilisé ses quatre années ou qui, à peine pourvu du titre, démissionne et s'installe, qui a négligé ses contre-visites ou qui s'est fait trop souvent remplacer pendant ses jours de garde, n'a qu'un titre presque illusoire et n'a pas de supériorité sur un bon externe qui a consciencieusement toujours examiné ses malades, qui a su choisir des services où les chefs font travailler tous leurs élèves et s'intéressent à chacun d'eux, et qui avant de quitter les hôpitaux, a su acquérir des connaissances variées, dans toutes les spécialités.

Aux jeunes gens qui, par insuffisance de ressources, peu de dispositions aux concours, santé délicate, n'ont que peu de chances d'arriver à l'internat après deux ou trois concours, on devrait conseiller de se contenter d'employer pratiquement leurs années d'externat en consacrant tout le temps que leur laisserait la renonciation au travail de conférence à acquérir des connaissances pratiques variées dans le plus grand nombre de spécialités. Par camaraderie avec leurs internes, les externes zélés obtiennent de pouvoir faire des remplacements les jours de garde et, pendant les vacances, de remplacer même pendant quelques semaines les internes; ils peuvent déjà acquérir ainsi un peu d'assurance.

§ 4. — LA FEMME ÉTUDIANTE EN MÉDECINE

Quelques mots sur cette catégorie d'étudiants désormais mêlés à tous les autres, stagiaires, externes et internes, qui appelle pourtant certaines réflexions.

De tout temps, quelques rares femmes ont exercé la médecine. Mais il faut arriver à la seconde moitié du siècle dernier pour voir en France la femme obtenir le diplôme de docteur. On trouve dans la thèse de Mme Jacques Bertillon (La femme française au XIXe siècle, Paris, 1888) l'écho des objections d'ordre physique, moral ou social faites à l'aptitude des femmes à l'exercice courant. Aujourd'hui, l'ère des discussions est close. La femme médecin considérée comme un échantillon excentrique de

son sexe, objet de raillerie ou même de réprobation, sujet de comédie ou héroïne de roman, comme cela est vieux jeu ! Toutes les objections théoriques sont tombées devant le fait : on compte aujourd'hui dans notre pays plusieurs centaines de femmes pourvues du doctorat par les Facultés françaises. Les étudiants actuels n'éprouvent plus aucune surprise à coudoyer dans les services et les laboratoires de nombreux camarades en jupes, parfois trop courtes, et à cheveux longs ; l'intelligence, l'ardeur au travail et les succès dans les concours comme dans la recherche scientifique donnent tort, une fois de plus, à la boutade du misogyne Schopenhauer : « La femme est un être qui a les cheveux longs et les idées courtes. »

Mais les médecins de ma génération n'ont pas manqué d'être frappés du phénomène social constitué par l'entrée d'abord exceptionnelle et timide, puis de la multiplication rapide et de l'attitude assurée de l'élément féminin, dans notre corps professionnel.

J'ai suivi cette évolution d'un regard particulièrement sympathique, ayant eu le plaisir de guider un peu les études de quelques-unes de nos doctoresses actuelles, soit comme directeur de conférences d'internat, soit comme chef de service. J'ai aidé les premières à conquérir l'internat, où elles ont tenu leurs places de façon toujours honorable et quelquefois brillante ; j'ai constaté, avant la guerre, que comme stagiaires, externes et internes, elles comptaient parmi les collaborateurs les plus assidus et les plus attentifs auditeurs ; enfin, pendant les quatre années terribles où les étudiants mâles accomplissaient si courageusement leur devoir aux armées, c'est presque exclusivement sur des étudiantes qu'a reposé le fonctionnement des services de nos hôpitaux civils. La société n'a donc qu'à se louer de l'accession des femmes à la médecine.

La guerre aura contribué sans doute à accélérer le mouvement d'attraction des jeunes filles dans ce sens ; demain l'élément féminin va constituer une fraction, non plus négligeable, mais assez importante du corps médical pour que dans un livre comme celui-ci il soit rationnel de donner quelques conseils aux étudiantes et quelques suggestions d'ordre professionnel aux néo-doctoresses.

Jusqu'ici, peu de jeunes filles songeaient de bonne heure à la médecine ; quand l'idée leur en venait, leurs études secondaires étaient terminées et souvent incomplètes. Désormais, la préoccupation de la recherche d'une profession entrant de plus en plus dans l'esprit des familles et des jeunes filles, celles-ci pourront de bonne heure envisager l'éventualité médicale et s'y préparer en orientant leurs études comme celles des jeunes gens dans le sens que nous avons indiqué plus haut : solides études classiques avec acquisition d'une ou deux langues vivantes, sciences, philosophie, dessin.

Il sera bon que leur disposition naturelle à une sensibilité très développée, à la répulsion pour les objets et spectacles émouvants soit atténuée; qu'on les virilise dans une certaine mesure.

Une jeune fille timide, plus que la moyenne de ses compagnes, aura bien du mal à acquérir l'aplomb nécessaire à la fréquentation des salles d'hôpital et des amphithéâtres.

Il n'est pas nécessaire que la femme médecin soit un laideron; si, à l'aube de leur accession à la médecine, bon nombre d'étudiantes avaient un physique qu'on pouvait considérer comme un « remède à l'amour », des cheveux aussi courts que ceux des garçons, sans doute pour faire mentir l'ironie de Schopenhauer, et des costumes extrêmement négligés, depuis longtemps nous avons eu des étudiantes et des doctoresses aussi agréables à regarder, aussi correctement coiffées et habillées que leurs contemporaines des mêmes milieux sociaux; mais il sera plutôt gênant, dans mainte circonstance, pour une étudiante et une doctoresse d'être d'une rare beauté, et elles auraient grand tort de s'habiller à la dernière mode, encore plus de lancer la mode de demain.

Au point de vue de leurs rapports avec les autres étudiants, il faut leur conseiller une franche camaraderie, sans bégueulerie, mais cependant *la réserve* nécessaire pour éviter toute interprétation désobligeante. Parmi les malades hommes elles ne rencontrent que bien exceptionnellement des êtres assez grossiers pour leur manquer de respect dans les hôpitaux.

Comme choix de carrière, bien que quelques-unes aient déjà prouvé qu'elles sont capables de faire de la chirurgie, la plupart d'entre elles feront bien de se cantonner dans la médecine générale des femmes et des enfants, ou les spécialités dans lesquelles leur adresse naturelle les sert.

Elles ont tous les droits à revendiquer les fonctions médicales des lycées de jeunes filles, des écoles maternelles.

Beaucoup de doctoresses ont épousé des docteurs et ces ménages médicaux ont paru presque toujours parfaitement heureux, la communauté des occupations et des études complétant l'harmonie des caractères et permettant la collaboration intellectuelle.

Peut-être faudrait-il quelquefois craindre la jalousie professionnelle qu'on a vue dans certains ménages d'artistes, si la femme vient à éclipser le mari par ses succès de clientèle ou ses travaux.

Ce qui prouve que les doctoresses sont contentes de leur sort, c'est que plus d'une a poussé sa fille dans la même profession et nous avons déjà des doctoresses de seconde génération.

CHAPITRE VI

De quelques enseignements spéciaux. — Examens. Thèse. — Cours de perfectionnement.

§ I. — LA THÉRAPEUTIQUE THÉORIQUE ET APPLIQUÉE. — ÉVOLUTION DE SON ENSEIGNEMENT. — ADAPTATION AUX OBLIGATIONS DE LA PRATIQUE

Comme la médecine, dont elle est la fin dernière, la thérapeutique est un art fondé sur la connaissance de plusieurs sciences. Un art ne s'apprend pas seulement dans les livres ; il nécessite un long apprentissage qu'on ne saurait commencer trop tôt. Aussi ne puis-je partager l'avis de ceux qui réservent la thérapeutique comme couronnement des études. Il est nécessaire d'accoutumer, dès le début de ses études, un futur médecin à l'idée que la thérapeutique a la même importance que les autres « gestes » de la clinique. On ne la sait jamais bien si on ne l'a pas apprise peu à peu à propos de chaque cas particulier ; c'est une habitude d'esprit et de caractère qu'il faut faire pénétrer chez l'étudiant et fondre avec les autres que réclame l'instruction d'un vrai médecin. Il faut le convaincre que la thérapeutique n'est pas une science de luxe, un costume d'apparat que le praticien doit revêtir au chevet des malades payants, mais dont il peut se dispenser à l'hôpital, où les malades gratuits savent se contenter d'un médecin en blouse de laboratoire.

Heureux, d'ailleurs, les étudiants d'aujourd'hui, s'ils connaissaient leur bonheur ! La Faculté et les hôpitaux leur offrent tous les moyens d'apprendre facilement la thérapeutique ; ils ont à leur disposition de nombreux livres rédigés de manière à ce qu'ils y puissent trouver sans peine ce qu'on peut leur demander aux examens, c'est-à-dire la thérapeutique théorique (car, pour ce qui est de la thérapeutique appliquée, je me propose de montrer plus loin que c'est une tout autre affaire).

Nous étions moins heureux de mon temps. Il y avait alors à la Faculté trois chaires dont les titulaires dispensaient aux étudiants la manne de la

thérapeutique. Ces professeurs étaient des hommes de haute valeur : Gubler, qui exposait les actions physiologiques des médicaments avec un grand luxe de théories, souvent ingénieuses ; Regnault, l'éminent pharmacologue ; Chauffard père, défenseur éloquent d'une pathologie générale un peu métaphysique, mais parlant peu de thérapeutique. Si ces maîtres avaient devant eux peu d'auditeurs, c'est qu'il eût fallu les suivre pendant deux lustres, si on eût voulu parcourir le cycle complet des connaissances nécessaires pour satisfaire aux questions possibles des examinateurs. Aussi les étudiants fréquentaient-ils surtout le cours payant d'un professeur libre dont le souvenir mérite d'être conservé, car il a rendu de vrais services à plusieurs générations d'étudiants.

Martin-Damourette était déjà, quand j'ai suivi son cours, un vieillard presque aveugle qu'une main amie guidait, au commencement de chaque séance, vers sa chaire ; devant des auditeurs si nombreux qu'ils emplissaient non seulement le salon, mais la salle à manger et même l'antichambre, il commençait à dicter d'une voix pontificale un cours aussi complet que précis, s'interrompant pour décocher de temps à autre quelque brocart discret aux professeurs officiels. La leçon finie, le pauvre homme priait souvent cette folle jeunesse de ne pas faire de bruit dans l'escalier, pour que son propriétaire ne lui donnât pas congé — désagrément qui lui advint souvent, malgré cette recommandation, car dans l'intervalle des leçons il était un peu gênant pour les autres locataires de sa maison de se frayer un passage parmi tant de jeunes gens debout ou assis, pérorant ou fumant, sur toutes les marches de l'escalier. — Chaque élève de Martin-Damourette emportait, en échange d'une modeste rétribution, quelques cahiers contenant la quintessence de tous les livres et de tous les cours sur la matière médicale et la thérapeutique, et j'ai rencontré souvent des confrères qui les avaient conservés comme j'ai fait moi-même.

A cette époque, la thérapeutique n'était pas non plus très en honneur dans nos hôpitaux et il était presque bien porté parmi les internes d'avoir été refusé une fois à l'examen de thérapeutique. Parmi les chefs de service, quelques-uns pourtant y consacraient de bonnes leçons : G. Sée, Noël G. de Mussy, Hérard, Bucquoy, Ferrand, Desnos, Ernest Besnier, à Saint-Louis. A l'hôpital des Enfants-Malades, Jules Simon, quand j'étais son interne, vulgarisait l'étude de nos eaux minérales, tout en distribuant de minutieuses recettes et d'abondantes formules, que des auditeurs empressés recueillaient pour s'en faire honneur dans leur future pratique. Mais combien plus nombreux ceux qui se contentaient, le diagnostic fait, de laisser prescrire par leur interne le julep diacode et le vin de quinquina !

Puis peu à peu les choses prirent une autre tournure. Des hommes nouveaux paraissaient, avec une conception plus moderne des ressources de

la thérapeutique. Ch. Bouchard, qui, le premier à la Faculté de médecine, parla de l'étiologie microbienne dans les infections et de la chimie dans les maladies de la nutrition, fit de la chaire de pathologie et de thérapeutique générales un instrument de rénovation, en montrant que la thérapeutique scientifique a pour fondement nécessaire la connaissance de l'étiologie et de la pathogénie, et qu'il faut avoir une doctrine directrice pour se guider à travers les difficultés de la thérapeutique appliquée.

M. Hayem, tout convaincu qu'il était « que la thérapeutique devait être enseignée à l'hôpital, au lit des malades et à la consultation d'une manière essentiellement pratique », tint à honneur, lorsqu'il était chargé de l'enseignement théorique de la thérapeutique, de le mettre en harmonie avec les doctrines régnantes et, en prenant pour base fondamentale la recherche des indications, d'exposer, après les principes généraux, toutes les grandes médications qui constituent l'arsenal du praticien. Puis Landouzy traita magistralement de la sérothérapie, de l'hydrologie, et guidait chaque année, à travers nos stations hydrominérales, la caravane studieuse habilement organisée par Carron de la Carrière. M. Gilbert rehaussait l'éclat de son enseignement personnel en s'adjoignant un état-major de collaborateurs spéciaux, pour faire plus rapidement connaître à ses auditeurs toutes les ressources de la thérapeutique. M. Marfan a continué l'enseignement de la Faculté avec la conscience et la méthode qui le caractérisent. Actuellement, M. Carnot occupe la chaire à laquelle l'ont préparé de savants travaux de laboratoire, mais son programme indique qu'il ne néglige pas le côté pratique dans son enseignement.

M. Pouchet avait organisé, avec un incontestable succès, un cycle complet d'enseignement pharmacologique doublé d'exercices pratiques.

Dans les hôpitaux, mon maître Dujardin-Beaumetz avait inauguré, d'abord à Saint-Antoine, puis à Cochin, des conférences de *clinique thérapeutique* qui furent accueillies avec la plus grande faveur par le public médical. Tous les matins, au lit des malades, il obligeait chacun de ses élèves à formuler avec précision les moindres détails du traitement. A propos de chaque médicament, son origine, sa composition, son action physiologique, ses divers modes d'administration étaient rappelés. Près des salles se trouvait un droguier dont les échantillons passaient sous les yeux des étudiants. Un laboratoire de recherches et d'expérimentation, dirigé par des assistants compétents tels que G. Bardet, permettait de soumettre au contrôle les médicaments nouveaux.

M. Albert Robin ne tarda pas à réaliser, avec un égal succès, une organisation analogue à la Pitié, puis à Beaujon, où il fut investi d'un caractère officiel par suite de la création d'une chaire de clinique thérapeutique, dont la gratitude d'un de ses clients a doté la Faculté.

Depuis longtemps aussi, à Bichat, puis à Necker, Huchard consacrait à la thérapeutique pratique un enseignement des plus fructeux, s'adonnant plus particulièrement au traitement de l'appareil circulatoire.

A l'exemple de ces éminents initiateurs, dans tous les hôpitaux où la plupart des chefs de service font des leçons au lit du malade ou à l'amphithéâtre, nous avons été nombreux à traiter de la thérapeutique générale ou des spécialités. Les temps sont donc bien changés et j'avais raison de dire qu'aujourd'hui tous les étudiants désireux d'apprendre la thérapeutique peuvent le faire sans difficulté.

On peut encore, toutefois, souhaiter une organisation plus méthodique de beaucoup de bonnes volontés éparses. Il serait désirable que dans chaque hôpital les chefs de service se missent d'accord pour traiter des sujets différents dont l'ensemble réalisât un enseignement sans lacunes et que les finances municipales ou universitaires permissent de créer, avec le concours des pharmaciens des hôpitaux, un droguier et un laboratoire de démonstrations pratiques, un service régulier et complet des divers agents physiques. Alors sera enseignée partout la thérapeutique *théorique* et *scientifique*.

Alors tous les jeunes docteurs en médecine seront-ils mûrs pour traiter avec réussite et sans embarras tous les clients qui réclameront leurs soins ? — Eh bien ! non.

Eût-on réalisé tous les progrès pédagogiques imaginables, on n'aurait pas encore résolu, pour le jeune docteur, les difficultés de la thérapeutique *appliquée* dans la pratique professionnelle.

C'est qu'il y a, c'est qu'il y aura toujours de grandes différences entre la thérapeutique de l'hôpital et celle de la clientèle.

A l'hôpital, il y a des catégories de malades qu'on ne voit pas ou qu'on ne voit que par exception. — Nous n'avons à manier qu'un nombre restreint de médicaments, mis à notre disposition par l'Assistance publique. Nous sommes obligés de les formuler de la manière la plus simple, pour ne pas surcharger de travail nos internes en pharmacie. Nous n'avons pas à discuter l'usage des spécialités avec nos hospitalisés qui, s'ils désirent souvent changer de médication, comme tous les malades, ne nous expriment pas, en général, le désir d'essayer toutes les nouveautés. — Nous ne disposons que de bien peu de ressources pour l'alimentation, ce qui ne nous permet pas de montrer à nos élèves tout le parti qu'on peut en tirer dans la thérapeutique des maladies chroniques. — Nous ne pouvons faire bénéficier nos malades des cures hydro-minérales, ni de la climatothérapie. — Nous ne pouvons guère mieux utiliser les agents physiques, puisque le massage, la mécanothérapie, l'électrothérapie, ne sont organisés, dans la plupart des hôpitaux, que d'une façon nulle ou rudimentaire.

On ne peut pas même tirer de la psychothérapie, dont Burlureaux a si

bien montré les ressources (1), tout le parti qu'on voudrait, lorsqu'on dispose d'aussi peu de temps pour chaque malade et qu'on ne le voit pas seul à seul.

Cette simple énumération conduit à conclure que si à l'hôpital les étudiants apprennent assez bien à soigner les maladies aiguës et un petit nombre de chroniques, ils ne peuvent y prendre qu'une idée bien approximative de ce qu'ils seront appelés à faire dans leur clientèle pour bien soigner les tuberculeux, les dyspeptiques, les psycho-neuropathes, les rhumatisants chroniques et les goutteux, pour ne citer qu'un petit nombre d'exemples des maladies les plus fréquentes dans la pratique.

Aussi est-il excellent, pour un étudiant en fin d'études ou un docteur frais émoulu, de faire plusieurs remplacements dans des milieux différents, à la ville et à la campagne. Au contact des réalités professionnelles, il a vite fait de prendre la notion de sa responsabilité et de mesurer le nombre et l'étendue des lacunes de son instruction hospitalière.

Au moment d'exercer pour son propre compte, que le jeune docteur se recueille et réfléchisse à l'orientation de la thérapeutique contemporaine ! Quelle attitude adopter en face des *nouveautés thérapeutiques* ?

Le trait le plus frappant de l'époque est le développement colossal de l'industrie chimico-pharmaceutique, se traduisant par la prodigieuse pullulation de médicaments nouveaux, que la concurrence commerciale lance à l'assaut, non seulement des médecins, mais des malades. Chacun de ces corps, dont le nom chimique, myria-syllabique, impossible à retenir, est doublé d'un surnom — je n'ose dire d'un nom de guerre — qui garantit le monopole du fabricant, se présente aux suffrages du public, non plus sous les auspices du boniment banal d'autrefois, sorti de la plume d'un Gaudissart ou d'un Homais, mais avec des titres scientifiques habilement exposés par des médecins instruits. Et les malades, qui reçoivent à domicile, jusque dans les campagnes les plus reculées, ces invites médicamenteuses, s'empressent bien souvent d'en proposer l'essai à leur médecin, quand il n'a pas réussi à les débarrasser promptement de leurs maux par les médicaments inscrits au Codex. Cependant, quel contrôle peut exercer chacun de nous sur la véracité de toutes ces affirmations péremptoires ?

Sous le feu de cette mitraille pharmaceutique, les praticiens offrent, à ma connaissance, trois modes de réaction différents.

Il en est, de plus en plus rares, qui, inébranlables sur le terrain du Codex, demeurent obstinément fidèles aux médicaments classiques, au risque de se voir délaissés par les clients curieux des nouveautés.

Il y a les sceptiques, qui acquiescent avec indifférence à chaque proposition

(1) *Traité pratique de psychothérapie*, Perrin, 1913.

nouvelle, répétant le mot du vaudevilliste : « Hâtez-vous d'en user pendant qu'il guérit », pour laisser au client la responsabilité de ce qui peut advenir. Calcul imprudent, souvent puni par la mauvaise foi du malade lui-même. Si la nouveauté a produit quelque effet désagréable non signalé dans la brochure de parrainage, la victime manquera rarement de dire à son complice : « C'était à vous de m'en détourner, vous qui, par définition, devriez savoir toute la thérapeutique ! »

Enfin, on voit même des médecins, conservant jusqu'à la chute de leurs derniers cheveux blancs la crédulité de la jeunesse, s'engouer successivement de toutes les nouveautés qui parviennent à leur connaissance. Ces derniers sont véritablement sans excuse.

Entre ces trois manières d'appliquer la thérapeutique, la première me semble la plus sage à la condition de s'assouplir dans certaines circonstances et d'admettre de temps en temps, à bon escient, l'addition aux médicaments classiques de médicaments nouveaux, lorsqu'ils apportent des ressources nouvelles et ont subi avec succès l'épreuve de la discussion dans les milieux scientifiques. Tâchons de n'être ni néomanes, ni néophobes.

Ce qui doit rendre le jeune médecin particulièrement circonspect dans l'application des médicaments qui font chaque jour leur entrée dans la thérapeutique contemporaine, c'est l'intensité de leurs effets, à doses en général faibles ; les alcaloïdes sont, à coup sûr, d'un maniement plus délicat que les teintures et les extraits. Quant aux produits opothérapiques et aux sérums d'origine microbienne, dont un bien petit nombre encore a fait ses preuves, il faut réfléchir que les difficultés de leur préparation et de leur conservation nous exposent plus à des mécomptes que les médicaments d'origine végétale ou minérale.

Une autre cause de trouble pour les contemporains prudents est le contraste entre la richesse apparente de la gamme pharmaceutique et le petit nombre de médicaments dont on connaisse l'action sur les nouvelles et si étonnantes fonctions que nous ont révélées les progrès de la physiologie expérimentale et pathologique. De quelle importance il serait de savoir exactement quelles influences exercent toutes les substances médicamenteuses que nous prescrivons, les plus anciennes comme les plus nouvelles, sur les sécrétions internes des glandes, sur la leucocytose, l'opsonisation, le phagocytisme, la formation des anticorps, des ferments oxydants ou réducteurs, etc. ! L'avenir sans doute nous renseignera. Cette incertitude du présent porte à s'adresser avec plus de confiance aux agents physiques: le froid, le chaud, l'hydrothérapie, le massage, l'électricité, etc., dont il semble qu'on puisse suivre plus aisément les effets.

Au premier rang des difficultés qui se présentent aux débutants se place

la nécessité d'*individualiser* la thérapeutique. On n'est bien habillé que sur mesure, et la thérapeutique des formulaires ressemble aux vêtements tout faits. *L'indication* d'un médicament une fois posée, le *choix de la dose* dépend non seulement de l'âge du malade, de sa taille et de son poids, mais de bien des circonstances individuelles : fonctionnement plus ou moins normal des émonctoires, nécessité d'agir plus ou moins rapidement ou énergiquement, tempérament, idiosyncrasie personnelle ou familiale. D'autre part, certains médicaments sont connus pour provoquer parfois des *intolérances* extraordinaires : antipyrine, iodiques, belladone, etc. Avant de les administrer à un malade, il est bon de s'enquérir s'il y a déjà été soumis, et, quand il a souvenir d'accidents antérieurs d'intolérance, il serait imprudent de passer outre à ses répugnances.

D'une manière générale, les divergences d'école au point de vue de la posologie n'existent pas seulement entre homœopathes et allopathes. Certains maîtres manient plus volontiers les doses fortes, d'autres affectionnent les petites ; il en est qui, dans le cours de leur pratique, sont amenés par l'expérience à modifier leurs habitudes et Huchard a écrit des réflexions suggestives sur les effets obtenus par de très faibles doses. Chaque praticien, après avoir tâtonné pendant un certain temps, se crée des habitudes posologiques, mais il devient ensuite gênant de les changer, et la mise en vigueur du dernier Codex, ayant modifié le titre de bon nombre de teintures pour les unifier, a causé, pendant un certain temps, quelque embarras à plus d'un.

L'association de plusieurs médicaments à effets synergiques ou différents demande beaucoup de réflexion ; il faut d'abord tenir compte de bon nombre d'incompatibilités chimiques et d'antagonismes physiologiques ; il convient aussi de ne multiplier qu'avec réserve le nombre des composants dans ces associations médicamenteuses, dont les antiques thériaques étaient des exemples ; car je ne puis croire qu'en pareil cas chacun des associés agisse en compagnie comme il le ferait isolément, et il me semble impossible de prévoir les conséquences de l'interférence de ces multiples agents.

Dans le *mode d'administration* des médicaments, certains choix sont imposés par les circonstances ; sans parler des jeunes enfants, des déments et des comateux, l'impossibilité d'avaler des pilules ou des cachets est une phobie propre à certains nerveux. Dans le choix des excipients il faut pouvoir s'accommoder, autant que possible, aux goûts et même aux préjugés des malades. Nous devons pouvoir dissimuler, dans certains cas, la nature du médicament principal au malade ou à son entourage ; dans d'autres cas, varier les formules ou le mode d'administration, pour faire accepter plus longtemps au patient la médication qui lui déplaît.

Le choix des voies d'introduction est souvent d'une importance très

grande et ne doit pas être affaire de fantaisie ou de mode, même avec les médicaments les plus spécifiques, comme le mercure, la quinine.

Le *prix* même des médications que nous choisissons est loin d'être indifférent dans certains cas ; nous devons ménager les ressources des clients pauvres ou modestes. Il ne faut pas imposer à chaque visite quelque achat nouveau sans nécessité, pour servir les intérêts du pharmacien, ni prescrire des quantités superflues, comme on dit que le faisait jadis tel médecin de Paris, dont les clients de province voyaient arriver à leur domicile plusieurs caisses de médicaments après chaque consultation.

Parmi les recommandations à faire, j'insiste sur la *rédaction* minutieuse et très lisible des doses des médicaments TOXIQUES EN TOUTES LETTRES et non en chiffres, des indications relatives aux heures et aux quantités, à chaque changement de régime ou de médicament.

Je ne vous conseille pas, quand vous revenez auprès d'un client très amélioré depuis votre dernière visite, de vous hâter de tirer vanité à haute voix du succès de votre traitement, avant de vous être assuré qu'il a été réellement exécuté.

Il y a des traitements que le médecin doit le plus souvent appliquer lui-même au moins les premières fois : bains et enveloppements froids dans les fièvres, injections hypodermiques, cathétérismes. Dans beaucoup de cas, hors des villes bien fournies en spécialistes compétents, il y aurait grand profit pour les malades et pour nos confrères s'ils prenaient l'habitude de mettre en œuvre plus souvent eux-même l'électricité, le massage et les divers agents physiques.

§ 2. — LA PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Parmi les enseignements les plus fructueux pour la formation du médecin, je place celui de la pathologie générale, malgré les réformateurs à courte vue qui l'ont traité de superflu et l'ont appelé un enseignement de luxe pour les futurs praticiens. Mon ami le professeur Ch. Achard a parfaitement réfuté cette erreur en montrant qu'elle est le lien indispensable entre les pathologies spéciales, la clinique et la thérapeutique à toutes les phases de l'éducation du médecin et du chirurgien. (Leçon inaugurale, 1910.)

Si elle est le couronnement des études en permettant à celui qui a accumulé dans sa mémoire une foule de notions disparates dans toutes les branches des sciences médicales, d'en faire le classement et la synthèse, elle est un fil conducteur pour les débutants, à travers le dédale des descriptions des maladies spéciales et des faits cliniques qui sont soumis à leur observation : elle simplifie leur tâche « en montrant qu'il y a dans les

diverses maladies un fonds commun : des causes analogues qui comportent même prophylaxie, des réactions de même type, des symptômes et une évolution semblables, des procédés généraux de diagnostic, des règles communes de thérapeutique. Elle enseigne non les détails, mais les principes de l'art ».

C'est par elle, du moins sous la forme d'un cours élémentaire très simple qu'il faut commencer l'initiation aux pathologies spéciales, comme aux spécialités proprement dites. « Elle fait comprendre ce que la clinique fait voir. » (Achard.)

Plus se diversifient les connaissances médicales, plus s'impose son enseignement, qui perfectionne le jugement du praticien, lui donne cette discipline de l'esprit sans laquelle il n'est pas de connaissance durable, qui apprend au médecin à penser et lui permet dans tout le cours de sa carrière de classer les faits nouveaux qu'il rencontrera dans des cadres déjà connus.

Depuis que l'adjonction des laboratoires aux chaires de pathologie générale, sous la puissante initiative de Bouchard, a fermé l'ère des développements purement oratoires en donnant comme base et contrôle aux doctrines l'expérimentation, cet enseignement est devenu le régulateur, le juge définitif des hypothèses et des théories qui, moyens utiles pour faciliter les recherches, ne peuvent être admises au rang de systèmes viables et de doctrines que si elles sont démontrées en harmonie absolue avec les faits observés sur l'homme et sur l'animal. Elle dégage de la masse des faits particuliers les faits généraux sans lesquels il n'est pas de science. L'enseignement de la pathologie et de la thérapeutique générales doit donc être l'alpha et l'oméga de toutes bonnes études médicales.

§ 3. — DE L'ÉDUCATION MANUELLE PAR LA DISSECTION ET LA MÉDECINE OPÉRATOIRE

Dès le début des études anatomiques, la dissection est indispensable. Elle ne sert pas seulement à apprendre l'anatomie, elle est un des meilleurs moyens de développer l'habileté manuelle, comme aussi la médecine opératoire dans ses exercices les plus élémentaires et les plus monotones, les ligatures d'artères, les opérations sur les membres « qui sont aussi indispensables que les gammes et vocalises pour les pianistes et les chanteurs », a dit le professeur A. Broca dans une leçon inaugurale d'un brio remarquable. Dans la pratique courante « nombreuses sont les occasions de faire œuvre de ses dix doigts... Or le médecin praticien a une tendance

fâcheuse à négliger les actes manuels ». L'étudiant qui à l'hôpital aura laissé passer les occasions de palper, de faire les divers touchers, sera de ceux qui, plus tard, méconnaîtront les coxalgies, les cancers du rectum et formuleront quelque pommade ou liniment qui n'empêcheront pas la coxalgie ou le cancer de continuer leur petit bonhomme de chemin sans être dérangés... « Qu'apprenez-vous, en exécutant une ligature sans brio, mais correctement? Bien moins à lier l'artère — ce que vous ne ferez jamais — qu'à voir exactement où elle est. Quand vous l'aurez lié plusieurs fois sur le cadavre, vous pourrez marquer son trajet sur le vivant, vous connaîtrez ses rapports et sa profondeur. Alors vous n'aurez plus la crainte des gros vaisseaux, quand il s'agira de ponctionner un abcès froid du triangle de Scarpa, d'inciser de bonne heure et au point déclive un adénophlegmon du cou ou de la racine des membres. Evitant le trajet des arcades palmaires, vous ouvrirez sans danger les abcès de la région. Instruits des lignes opératoires, familiers avec l'anatomie topographique des ganglions et des paquets vasculo-nerveux, vous respecterez au mieux les organes — et aussi les formes extérieures — dans les actes de chirurgie courante. Que d'opérations devenues difficiles et graves parce que trop tardives, et trop tardives parce que le médecin a peur du sang !

Les désarticulations et amputations ne se présenteront pas non plus bien souvent à vous. De temps en temps vous régulariserez un membre écrasé — on ne sait jamais ce que réserve le hasard d'une rencontre avec un automobiliste —, mais nombre d'entre vous sans doute n'auraient jamais l'occasion d'entrer dans un joint, si quelquefois un amphytrion plein d'esprit ne vous passait un volatile et un couteau en vous disant avec un sourire béat : « Vous qui êtes médecin... »

Ainsi parlait mon ami Auguste Broca en janvier 1914, et plus d'un parmi ses jeunes auditeurs a dû se rappeler la boutade du maître, quand il s'est vu obligé d'urgence « d'entrer dans un joint », pour régulariser quelque affreux traumatisme de champ de bataille.

« Faute d'éducation manuelle », continuait Broca, « vous vous exposez à des déboires dans le traitement des maladies ostéo-articulaires, qui sont de tous les jours... Un étudiant doit être « rompu à la pratique des appareillages » s'il veut éviter « de ces fautes qui parfois coulent un praticien dans une région : une fracture, une coxalgie mal soignée, et voilà un infirme clopinant. Le soleil éclairera ensuite quelques-uns de vos succès ; mais des années s'écouleront avant que la terre ait caché cette erreur, avant qu'on ne voie plus ce boiteux, avant qu'on n'entende plus sonner son pas inégal. « Qui l'a soigné ? s'informe le paysan — Le médecin ! Ah ! si c'avait été le rhabilleur ! » Souvenez-vous du streptopode de Charles Bovary ! »

§ 4. — L'enseignement pratique de la chirurgie

La longue et terrible guerre dont nous sortons a fait réfléchir beaucoup de maîtres sur l'insuffisance de l'enseignement pratique de la chirurgie.

Déjà l'application de la loi sur les accidents du travail avait montré que trop de praticiens n'avaient pas une éducation chirurgicale assez développée. L'obligation subite, en 1914, imposée à plusieurs milliers de médecins de complément a achevé cette démonstration. On a pu voir qu'à part les chirurgiens de carrière, les anciens internes et certains externes ayant été attachés assez longtemps à des services chirurgicaux, les autres docteurs n'étaient nullement préparés aux responsabilités que les événements leur imposaient. Comme l'écrit Roux-Berger, la chirurgie est peut-être le seul métier dont l'exercice ne soit pas précédé d'un apprentissage obligatoire.

Aussi plusieurs propositions de modifications à l'enseignement actuel se sont-elles fait jour. MM. Roux-Berger, Desmarest, Paul Guéniot, J.-L. Faure ont pris la plume. Tous sont d'accord sur l'utilité très restreinte des cours théoriques et sur l'insuffisance des travaux pratiques de médecine opératoire tels qu'ils étaient conçus avant la guerre. Je me garderai bien d'émettre aucune réflexion personnelle sur une matière où je suis incompétent. Mais je suis frappé par la vraisemblance des critiques émises.

Pour les exercices de médecine opératoire, il ne suffit pas d'enseigner les ligatures et amputations, mais la manière de faire une trachéotomie, d'inciser une paroi abdominale, de réséquer une côte pour ouvrir une plèvre, de trépaner un crâne ou un os des membres, de faire un nœud correct et qui ne se desserre pas, un surjet, suturer un tendon, etc., d'opérer une hernie, une appendicite, un anus artificiel. Outre l'habileté manuelle jugée officiellement par la rapidité avec laquelle on peut faire tomber un membre en quelques secondes, ne doit-on pas enseigner la minutie des réparations parfaites, le respect des tissus, leur maniement sans brutalité, l'art des sutures, des anastomoses intestinales bien faites, la simplification des procédés d'amputation, la valeur respective des amputations et désarticulations telle que l'expérience de la guerre l'a fixée, une plus large place aux résections?

Roux-Berger pense qu'on pourrait, par des méthodes d'enseignement plus rapides et plus logiques, l'emploi du cinéma, comme l'a fait Doyen, comme Wallich en obstétrique, mieux utiliser le temps des étudiants ; qu'on devrait augmenter et varier les cours facultatifs à l'usage des médecins français et étrangers désireux de compléter

leur éducation chirurgicale, — donner des facilités aux jeunes chirurgiens pour opérer des animaux, non dans des laboratoires mal adaptés, mais dans des locaux où soient réalisés tous les perfectionnements de l'asepsie ; fournir aux jeunes médecins dont la guerre a révélé les qualités chirurgicales les moyens de compléter leur éducation, qui doit présenter de grandes lacunes.

D'autre part, il faut faire participer l'étudiant à la vie chirurgicale hospitalière d'une façon bien plus étroite : *que les stagiaires prennent part régulièrement au service de garde,* au moins la nuit, et que leur nombre soit moindre dans chaque service, afin que chacun d'eux puisse bénéficier d'un enseignement plus direct du chef de service ou des internes. On doit affirmer aussi que tout chirurgien qui est à la tête d'un service a non seulement le droit, mais le devoir formel d'enseigner sa pratique. Il est souhaitable aussi qu'en dehors des cadres officiels on utilise pour l'enseignement les chirurgiens libres dont la réputation est solidement établie.

M. Desmarest a insisté sur l'utilité de la création d'une École professionnelle chirurgicale.

Le professeur J.-L. Faure est un peu moins radical que ses collègues Roux-Berger et Desmarest au sujet des réformes à introduire dans l'enseignement de la chirurgie. Il admet comme eux que c'est à l'hôpital seulement que celle-ci peut s'apprendre, mais il ne trouve pas inutiles les exercices de médecine opératoire enseignés à la Faculté. En répétant des amputations et des désarticulations sur le cadavre, on acquiert les qualités d'adresse, de sûreté, de précision, de rapidité et d'élégance qui sont les qualités dominantes des opérateurs français. On ne répète pas les ligatures pour apprendre à arrêter des hémorragies, mais pour savoir où sont les artères, pour les éviter plus encore que pour les trouver, pour manœuvrer avec aisance et sécurité dans les régions dangereuses. S'il est bon, comme on le fait d'ailleurs depuis quelques années, d'adjoindre aux exercices classiques fondamentaux — qui doivent être conservés — des séries bien étudiées d'opérations viscérales, il ne faut pas s'en exagérer l'utilité. De même que la chirurgie sur le cadavre ne ressemble en rien à la chirurgie sur le vivant, la chirurgie faite sur l'animal ne ressemble pas à la chirurgie sur l'homme, en dehors de quelques rares observations réglées comme la gastro-entérostomie. On ne peut trouver sur l'animal les lésions qui, sur le vivant, nécessitent les interventions (salpingites, affections osseuses ou articulaires, hernies, tumeurs de tout siège et de toute nature). Ces exercices ne rendront pas service aux médecins qui n'auront qu'à faire qu'exceptionnellement de la chirurgie et « auront peut-être l'inconvénient de donner à des imprudents une assurance exagérée ».

M. J.-L. Faure ne voit pas de grands avantages à la création d'une École

professionnelle, souhaitée par M. Desmarest, où on opérerait sur des cadavres dans une salle irréprochable, entouré d'autoclaves du dernier modèle, avec des gants, des instruments et des catguts stérilisés. Ce ne sera jamais qu'à l'hôpital qu'on apprendra la chirurgie, en la pratiquant. C'est parmi les anciens internes que se recruteront toujours à peu près exclusivement les chirurgiens de carrière; beaucoup d'externes pourront aussi dans les services bien dirigés acquérir une éducation chirurgicale sérieuse.

Mais il faut également exiger un stage chirurgical instructif et pratique de ceux qui n'ont pas le temps ou la volonté de passer par l'externat et l'internat. Il faut *associer les stagiaires aux actes chirurgicaux, en les dispersant en petit nombre dans beaucoup de services.*

Connus alors personnellement des chefs et des internes, « ils doivent aider à poser des appareils de fractures, prendre part à l'exécution des pansements qui ne demandent pas de soins spéciaux, recueillir des observations, analyser les urines, assister aux grandes opérations et servir d'aides dans les petites, opérer au besoin eux-mêmes, sous la surveillance d'internes ou d'externes expérimentés, panaris, abcès superficiels, enlever de petites tumeurs de la peau, bref s'exercer à manier le bistouri sur le vivant, acquérir l'assurance et la confiance en soi indispensables à tout praticien ».

Il faut aussi que *les stagiaires participent au service de garde* et assistent aux opérations d'urgence qu'on ne voit guère que dans ces conditions, blessures accidentelles, hernies étranglées, opérations pour grossesse extra-utérine rompue, occlusion intestinale, etc.

§ 5. — ENSEIGNEMENT DE LA CLINIQUE

La France a toujours pu s'enorgueillir des plus grands professeurs de clinique, et notre Faculté de Paris avec les Debove, A. Chauffard, F. Widal, P. Marie, P. Teissier, les Quénu, Hartmann, Lejars, etc. (1), est encore au premier rang. Pierre Delbet a bien résumé les conditions spéciales de l'enseignement de la clinique et, quoiqu'il ait eu en vue naturellement la clinique chirurgicale, ses réflexions sont d'une vérité générale.

La clinique comporte l'application pratique de toutes les sciences biologiques; mais l'étudiant ne doit pas attendre d'avoir appris l'anato-

(1) Je ne cite que le corps enseignant de Paris, parce que je n'ai pu suivre attentivement que les carrières de mes maîtres et de mes condisciples dans cette Faculté qui m'a formé. Mais on peut affirmer que dans toutes nos Facultés provinciales il y a d'excellents professeurs, cliniciens et opérateurs, ce qui nous a fait regretter souvent l'excessive centralisation des Étudiants dans la capitale.

mie, la physiologie, la bactériologie, la pathologie, la chimie, la thérapeutique et la médecine opératoire avant d'aborder la clinique. Il y a, au contraire, un avantage incontestable pour lui à fréquenter l'hôpital dès le début des études ; il faut tant de temps pour se familiariser avec l'examen des malades! L'étudiant à l'hôpital se rend compte de l'utilité de ce qu'on lui enseigne ailleurs. Mais il est indispensable qu'il ait déjà des notions de pathologie générale sur les grands processus morbides, la congestion, l'inflammation, la suppuration, l'infection, les toxines, la valeur respective du microbe et du terrain, les distinctions entre la maladie aiguë et la maladie chronique, la sclérose, la tuberculose, la syphilis, le cancer ; il suffit d'ailleurs qu'il possède des aperçus généraux pour s'intéresser aux cas qu'il va voir défiler ; peu à peu, il apprendra les détails et il classera les espèces cliniques, s'il se conforme à mon conseil de faire marcher de front la pathologie interne et externe avec la clinique. Il appartient d'ailleurs au professeur de clinique de rappeler à propos de chaque cas particulier les traits généraux de la maladie dont il est un échantillon.

Le professeur de clinique doit se préoccuper avant tout de développer chez les élèves la capacité d'observation, de leur apprendre non seulement à se servir de tous leurs sens, mais à chercher les symptômes ; Delbet dit avec raison : « On ne voit que ce qu'on regarde et on voit les choses non pas comme elles sont, mais comme on les sait. Il a fallu des siècles pour que les peintres apprennent à voir les reflets colorés dans les ombres... » « Le plus souvent, pour trouver les symptômes, il faut les chercher. » C'est au maître à montrer comment on recueille les symptômes. Pour constater beaucoup de symptômes des maladies chirurgicales, il faut avoir présentes à l'esprit l'anatomie des formes, celle des régions et même l'anatomie descriptive. « Le chirurgien doit penser avec des images. Quand il pense à un muscle, à un nerf, il doit voir le muscle, il doit voir le nerf. » C'est la mémoire visuelle qu'il faut développer chez lui. Les symptômes recueillis, le maître enseigne à les classer, à établir leur subordination. Delbet ajoute que le flair clinique qui intervient dans le classement des symptômes n'est pas un don du ciel qu'on reçoit en naissant et qui échappe à l'analyse ; il est fait d'une grande sagacité d'observation qui permet de ne rien laisser échapper dans l'examen, d'un jugement sain qui permet d'établir la subordination des symptômes et de mettre en vedette ceux qui sont réellement importants, d'une mémoire vaste et sûre et toujours présente qui permet de rattacher ce que l'on observe à quelque chose de connu ou de déjà vu. »

Si certains étudiants ont naturellement ou par hérédité ces qualités déjà assez fortes, tous, en général, en ont les germes et peuvent les développer par le travail et la bonne volonté sous une direction attentive. Pour

enseigner à chacun des élèves à recueillir les symptômes, un professeur de clinique n'aurait pas assez de temps : c'est à ses assistants, chefs de clinique, internes, de faire cette œuvre pédagogique pour les élèves pris par petits groupes et au besoin isolément; mais son influence s'exerce surtout dans l'étude et le classement des symptômes recueillis, dans l'énumération et l'élimination des hypothèses, dans la discussion du diagnostic. En démontant devant leurs esprits le mécanisme de ce jeu de patience, qui « essaie en quelque sorte jusqu'à ce qu'on l'ait trouvée celle des hypothèses qui convient le mieux au cas observé », le maître peut instruire en même temps tous ses auditeurs à la fois. De même son enseignement est efficace pour tous quand, après avoir montré dans quel cadre de la nosologie rentre le cas étudié, il analyse avec minutie ses caractères propres, particuliers, d'où découlent les indications thérapeutiques.

Il y a lieu de distinguer dans l'enseignement clinique celui qui vise les débutants et celui qui n'est utile qu'à des étudiants déjà avancés. Dans tous les services hospitaliers, le travail fondamental est le même pour le chef, mais dans ceux où les étudiants sont peu nombreux et encore novices, il pourra avoir surtout comme objectif la démonstration des cas de clinique courante et graduer peu à peu les difficultés pour entraîner ses jeunes auditeurs. Les grands services de clinique de la Faculté devraient être réservés aux étudiants déjà dégrossis et aux docteurs désireux de perfectionner leur instruction. Alors le professeur peut ne choisir pour leur enseignement que les cas rares ou très complexes, ou ceux qui présentent un intérêt doctrinal spécial ou qui comportent des progrès dans la thérapeutique.

Dans le cas où on se déciderait à dédoubler l'enseignement de la médecine en une École professionnelle et une École des Hautes Études, comme nous le proposions dans un chapitre antérieur, il y aurait deux catégories de professeurs de cliniques : les uns enseigneraient uniquement l'état actuel de la science, les autres auraient pour rôle de faire progresser les sciences médicales, de faire des recherches personnelles, de diriger les médecins désireux d'en entreprendre.

M. le professeur Hayem émettait même le vœu que les professeurs de clinique de cette École des Hautes Études fussent des *spécialistes*, en ce sens qu'ils fissent porter presque uniquement leur enseignement sur les branches de la pathologie auxquelles ils se sont depuis longtemps attachés et où leurs travaux antérieurs leur ont acquis une autorité particulière. Ils ont déjà ainsi accumulé un matériel d'observations, de pièces anatomiques, de préparations microscopiques, dessins, etc., qui sont précieux pour l'enseignement.

§ 6. — L'OBSTÉTRIQUE, LA PUÉRICULTURE, L'HYGIÈNE.

L'enseignement obstétrical est admirablement organisé à Paris, grâce aux longs efforts des professeurs Tarnier, Pinard, Budin et de leurs élèves, grâce aux sacrifices pécuniaires de l'Assistance publique.

Mais M. Pinard a déploré que, si on a réussi à organiser dans la Faculté un enseignement pratique sur la gestation et l'accouchement, l'enseignement soit resté purement théorique en ce qui concerne l'*allaitement*, les étudiants et les élèves sages-femmes ne pouvant observer les accouchées que pendant une dizaine de jours en moyenne, alors que la fonction d'allaitement demande des semaines et des mois pour s'établir d'une façon complète.

La création récente d'une chaire d'*Hygiène de la première enfance*, malgré le talent et la science du professeur Marfan, ne comblera peut-être qu'imparfaitement cette lacune, faute d'un matériel clinique suffisant de mères nourrices ; en tout cas, elle devrait être généralisée à d'autres centres d'enseignement.

Il faut se réjouir de la création d'une *École de puériculture* (fondation franco-américaine) réalisant un des vœux les plus chers de M. Pinard et qui, patronnée par la Faculté, servira de dispensaire-type d'Hygiène infantile (1).

Le vénéré H. Beaunis, professeur honoraire de Nancy, exprimait récemment le regret que l'*hygiène* fût reléguée à la fin des études et traitée sommairement par les élèves en vue seulement des examens, alors que son rôle est d'importance sociale croissante. (*Gaz. méd. du Centre*, 1919, nº 1.) Le nouveau et habile titulaire de la chaire de Paris, Léon Bernard, ne peut manquer de lui donner un grand relief. — Il faut louer la Faculté de Lyon d'avoir créé un *certificat* spécial sanctionnant l'enseignement de perfectionnement, fondé en 1905 par le regretté Jules Courmont, dirigé maintenant par son successeur Paul Courmont, fort recherché par les candidats aux postes officiels des bureaux et dispensaires d'hygiène.

§ 7. — SPÉCIALITÉS DIVERSES.

OPHTALMOLOGIE, OTORHINOLARYNGOLOGIE, RADIOLOGIE, PHYSIOTHÉRAPIE, ETC.

Il y a longtemps que le besoin se fait sentir de faciliter l'étude des spécialités ; il devient de plus en plus urgent, au fur et à mesure que celles-

(1) G. Schreiber. *Presse médicale*, 24 juillet 1919.

ci se perfectionnent, que le public en réclame les bénéfices et que le nombre des omnipraticiens devient excessif pour les besoins de la population, tandis que la formation d'un plus grand nombre de spécialistes apparaît comme un moyen d'obvier aux inconvénients de la pléthore des médecins. Il y a quinze ans que de Lapersonne et Morax réclamaient l'enseignement obligatoire pour l'oculistique, Lermoyez pour l'otorhinolaryngologie, Joffroy pour la psychiatrie, Pinard pour la puériculture, Béclère pour la radiologie, Godon et Siffre pour la stomatologie, etc... Malheureusement les bonnes volontés officielles n'ont pas encore réussi à triompher des difficultés inhérentes à l'extrême dispersion des divers centres d'enseignement à Paris et à leur rareté dans les autres Facultés.

Pourtant, à certains points de vue, la province est quelquefois plus favorisée. Morax ne rapportait-il pas en 1904 le mot d'un médecin d'une Compagnie de chemin fer, lui disant qu'il préférait aux élèves choisis parmi les meilleurs de la Faculté de Paris ceux d'une Faculté de province, parce que ces confrères provinciaux étaient au moins capables de retirer une paille de fer de la cornée, alors que les élèves parisiens ne voulaient pas en assumer la responsabilité?

Le Dr Paul Viollet, dans une très bonne étude en 1905, passait en revue les remèdes possibles à cette situation fâcheuse. La décentralisation lui en paraissait un : dans une ville où les hôpitaux et la Faculté de médecine seraient confondus, ou très voisins, l'étudiant pourrait sans perdre de temps passer d'une spécialité à une autre. Pour certaines spécialités, les groupements sont réalisés par voisinage : les maladies nerveuses et mentales à Bicêtre, à la Salpêtrière, à Sainte-Anne ; les maladies infantiles et les infections dans chaque hôpital d'enfants ; les maladies cutanées et syphilitiques à Saint-Louis, à Broca ; les accouchements et les consultations de nourrissons dans les Maternités. Pour ces spécialités il suffirait de faire passer tour à tour les stagiaires dans ces hôpitaux obligatoirement.

Il y a à la Faculté une clinique d'ophtalmologie ; on vient de transformer en chaire de clinique le cours d'otorhinolaryngologie que faisait avec tant de talent M. Sebileau. Mais il y a, à côté de l'Assistance publique, des hôpitaux et cliniques privées où des spécialistes expérimentés accueillent avec plaisir les étudiants. Que n'ont pas fait pour la diffusion de leurs spécialités Lubet-Barbon, Luc en otorhinolaryngologie, Abadie, Galezowski, Landolt, Dehenne, en oculistique ? On pourrait bien autoriser les stagiaires à choisir tel ou tel chef de service dont ils désireraient suivre l'enseignement, sans limiter leur choix à quelques services déterminés où leur trop grand nombre les empêche de faire un apprentissage clinique et pratique sérieux.

On pourrait prolonger la durée du stage de trois mois par an, car l'ex-

terne et l'interne fréquentent l'hôpital toute l'année. Pourquoi les stagiaires ne seraient-ils astreints qu'à six mois d'hôpital par an ?

« La latitude laissée à l'étudiant de s'instruire des spécialités dans les divers services et hôpitaux existant à Paris ne pourrait exister qu'à la condition qu'il satisfasse à toutes les exigences de notes, d'examens que fixerait la Faculté et qu'il montre dans les interrogations, épreuves pratiques et cliniques de toutes sortes auxquelles la Faculté jugerait bon de le soumettre des connaissances suffisantes et complètes. » (P. Viollet.) — « La Faculté a le devoir strict de s'assurer par des examens probants de l'instruction des futurs praticiens ; peu devrait lui importer les sources où ils ont puisé cette instruction », a dit Béclère, qui, par son enseignement libre à Saint-Antoine, a contribué plus que personne à former des radiologues.

La Faculté d'ailleurs pourrait exiger la production d'un « livret scolaire de l'étudiant, sur lequel mention serait faite des divers stages effectués par lui, des hôpitaux ou des services officiels ou privés où ces stages auraient été effectués ; il pourrait être délivré sur ce carnet des notes à l'étudiant par les différents chefs de service appartenant à des hôpitaux quels qu'ils soient, officiels ou libres, auprès desquels se serait instruit l'élève, la Faculté se réservant de tenir de ces notes le compte qu'elle voudrait ».

En tout cas la nécessité s'impose de remédier à la dispersion des services spéciaux par une organisation mieux comprise, par des ententes entre les chefs, et des horaires faits à l'usage et pour la plus grande commodité des étudiants ; d'une décentralisation de l'enseignement aboutissant à la formation de centres de spécialités, formant des groupements pour les différentes branches et la nécessité surtout d'une sanction officielle à ces études spéciales, non pas seulement par de rares et élémentaires questions théoriques, mais par la preuve faite que tout futur docteur sait manier l'ophtalmoscope, le miroir laryngoscopique, etc., interroger un aliéné, faire le diagnostic des dermatoses courantes et des accidents syphilitiques les plus fréquents, etc.

§ 8. — DES EXAMENS. — DEVOIR DES EXAMINATEURS

La sanction des études médicales réside dans les *examens*. Le programme de ceux-ci a été l'objet d'une révision importante, il y a peu d'années, au sein d'une commission de réforme où ne manquait aucune compétence. On a pensé combler les lacunes antérieures et les programmes se trouvent suffisants, s'ils sont étudiés intégralement et si le corps ensei-

gnant fournit aux étudiants les moyens nécessaires pour acquérir les connaissances pratiques, s'il tient la main à ce que les *travaux pratiques soient intégralement suivis* et enfin si les examens sont passés dans des conditions vraiment *probatoires*.

L'antique façon d'examiner les candidats devra être transformée. Quand un examinateur se contente de poser trois à six questions à un candidat sur toute la pathologie ou la thérapeutique et croit pouvoir le juger assez instruit sur la matière si la moitié des réponses sont à peu près satisfaisantes, quand l'expérience clinique d'un candidat n'est attestée que par un ou deux diagnostics posés en une demi-heure sur des malades pris à peu près toujours dans les mêmes services, où trop souvent les diagnostics sont connus d'avance, quelle garantie offrent au public les diplômes conférés par l'Etat ?

Dans l'appréciation définitive du candidat au doctorat, une part très large devrait être faite aux notes données par les chefs des travaux pratiques et par les chefs de service des hôpitaux, au cours des études ; elle en devrait être même la base. L'interrogatoire terminal autour du tapis vert ne devrait être qu'un contrôle de lacunes et l'examinateur devrait y apporter un soin particulier, choisissant toujours les questions les plus importantes, poussant à fond son interrogatoire et ne se contentant pas d'une ou deux questions heureuses.

« Combien il est difficile de juger en dix minutes du travail qu'a pu produire en deux ans un jeune homme, qu'on voit pour la première fois ! » a dit le chirurgien sénateur Reymond, si noblement mort dans l'aviation militaire (1).

Il est permis de dire que tous les examinateurs n'ont pas appris à faire passer des examens et qu'une épreuve de cet ordre devrait faire partie du concours de l'agrégation.

§ 9. — THÈSE

La *thèse* du doctorat est une obligation ou une formalité sur la nécessité de laquelle on a beaucoup discuté ; de bons arguments ont été présentés par ceux qui pensent qu'elle eût pu sans inconvénients être supprimée ou du moins n'être pas obligatoire. Hier encore M. Soubeyran, agrégé à Montpellier (2), réclamait sa suppression et son remplacement par un mémoire facultatif, imprimé ou manuscrit, présenté à l'occasion du der-

(1) *Bull. de la Soc. de l'internat*, 1907.
(2) Sur la suppression de la thèse (*Presse méd.*, 8 sept. 1919).

nier examen, qui serait augmenté d'une composition écrite sous forme de consultation.

La plupart des thèses sont sans valeur; fatras encombrant les bibliothèques publiques et surchargeant les recherches bibliographiques, déjà si difficiles et qui le deviendront de plus en plus.

Les bonnes thèses sont dépréciées, étant perdues dans la masse.

Puisque l'obligation a été maintenue à la suite d'un rapport de M. A. Pinard, en 1901, qui constatait pourtant un seul ajournement sur 327 thèses, avec une moyenne de 600 thèses par an, il est désirable que la plupart des candidats au doctorat fassent la thèse la moins volumineuse et la moins coûteuse. On doit leur conseiller de renoncer à toutes les compilations inutiles et de se borner à publier les quelques faits cliniques nouveaux qu'ils ont recueillis au cours de leurs études, avec les commentaires rationnels, ou bien quelques recherches expérimentales faites dans un laboratoire.

Le choix du sujet peut être dicté par l'intention de se spécialiser dans une branche ou d'exercer dans telle ou telle région.

§ 10. — COURS DE PERFECTIONNEMENT ET DE VACANCES

Ce fut longtemps une étrange négligence des doyens et des Conseils des Facultés de médecine de ne pas se maintenir en contact avec les docteurs, leurs anciens élèves, devenus praticiens ; ils semblaient se désintéresser d'un avenir professionnel qu'ils avaient contribué à préparer; ils ne songèrent qu'à une époque toute récente à organiser des cours ou conférences de perfectionnement, permettant aux praticiens pendant leur période de vacances de venir se retremper à la source scientifique, apprendre les nouvelles techniques, se documenter auprès de leurs anciens maîtres au sujet de la valeur réelle des découvertes plus ou moins authentiques et plus ou moins utiles, au sujet desquelles leurs journaux ne leur fournissent que des renseignements contradictoires, des affirmations prématurées et trop souvent intéressées. Actuellement, cette organisation des cours de vacances ou conférences de perfectionnement commence à se constituer; il est à souhaiter qu'elle se généralise à toutes les Facultés et prenne assez d'ampleur pour satisfaire à la fois nos praticiens français et les confrères étrangers, qui depuis notre défaite de 1870 et jusqu'à notre victoire de 1918 avaient pris le chemin des Universités allemandes.

Pour que ces cours de perfectionnement donnent leur plein effet, il faut que le personnel soit recruté avec soin, sous la direction des Conseils de Facultés, parmi les jeunes maîtres, agrégés, chefs de clinique ou de labora-

toire, rompus aux techniques qu'ils doivent vulgariser et déjà assez familiarisés avec l'enseignement pour pouvoir fournir dans le moins de temps possible la quintessence des acquisitions nouvelles, avec la clarté et l'autorité nécessaires.

Enseignement naturellement rétribué par les auditeurs et qui présente en outre pour ceux qui le donnent l'avantage de se créer une notoriété de bon aloi dans le monde médical.

§ 11. — LES FACULTÉS ET LE PUBLIC MÉDICAL

L'utilité pour les Facultés de se tenir en contact aussi étroit que possible avec les praticiens et avec la presse médicale est encore évidente à d'autres points de vue. F. Helme souhaitait récemment que la Faculté de Paris créât « un *Bureau de presse*, fournissant le résumé de toutes les décisions qu'elle prend et qui peuvent intéresser notre public ».

Il exprimait aussi le désir de voir publier les *résumés des cours* et ajoutait : « Vous entendez souvent les confrères répéter que les cours de l'Ecole ne servent à rien. Cela leur est facile à dire, à eux qui n'y assistent pas. Mais moi qui connais l'opinion de beaucoup d'élèves, je soutiens, au contraire, que ces cours sont fort goûtés de ceux qui peuvent y assister. Si chaque professeur se donnait la peine de faire un soigneux résumé de ses leçons ou de quelques-unes d'entre elles tout au moins et si ce résumé polycopié était mis à la disposition des journaux, croyez-vous que ce serait peine perdue ? Croyez-vous que les étudiants ou praticiens, empêchés d'assister aux cours, ne seraient pas heureux d'apprendre ce qu'on y a dit ? » — Excellente suggestion.

Il faut louer la Faculté de Paris, qui vient de publier, pour guider les étudiants et les médecins désireux de se perfectionner, une brochure fort bien conçue (1).

Pour ma part, j'ai toujours pensé que les professeurs de nos Facultés avaient tout avantage à ne pas rester enfermés dans leur tour d'ivoire ; ceux qui en sont sortis opportunément y ont gagné une juste popularité parmi les praticiens, et, s'ils avaient été plus nombreux, plus d'un malentendu préjudiciable à toute la corporation aurait été évité. Le temps n'est plus aux attitudes olympiennes, qui n'ont jamais rien valu.

(1) *Organisation générale, Enseignement, Examens, Diplômes, Programmes et horaires pour l'année scolaire 1919-1920* (Masson et Cie).

CHAPITRE VII

Formation morale et déontologique.

J'ai toujours déploré que les étudiants ne fussent pas éclairés par les Facultés chargées de les instruire scientifiquement sur les questions d'ordre moral et social qui jouent un rôle si important dans l'exercice de la médecine, ainsi que sur les difficultés professionnelles qui les attendent, quand on leur a conféré le diplôme doctoral.

Aussi, dès qu'il me fut possible de prendre part comme médecin d'hôpital à l'enseignement libre, je ne négligeai aucune occasion d'intéresser à ces questions les jeunes gens qui m'entouraient, et je vis bien qu'ils y mordaient autant qu'à la thérapeutique.

Mais l'auditoire restreint que constitue le petit groupe d'élèves attachés à un service d'hôpital lointain (j'étais alors à Tenon) ne se prête guère à la diffusion des idées, et je m'associai avec mon collègue Gabriel Lepage, accoucheur des hôpitaux, agrégé de la Faculté, pour faire au quartier latin une série de conférences de déontologie. Nous étions liés non seulement par une amitié étroite datant de notre temps d'internat à l'hôpital Bichat, mais par une communauté de vues et d'études. Il s'était passionné pour la création des Œuvres d'Assistance et de Défense professionnelle, et nous résolûmes d'aborder en commun l'entreprise de propagande déontologique parmi les futurs médecins.

Encouragés par quelques-uns de nos collègues, traités par un plus grand nombre en novateurs trop audacieux, nous prîmes à tour de rôle la parole en 1899, à l'Hôtel des Sociétés savantes. Bien que nous ne fussions ni l'un ni l'autre des orateurs, n'ayant que la bonne volonté d'énoncer clairement ce que nous concevions bien, comme notre tentative se produisait au moment propice et répondait à un besoin des jeunes esprits, notre succès dépassa notre attente ; la salle était trop petite pour contenir les auditeurs, et la Presse souligna si bien cette réussite que l'année suivante le doyen d'alors, Brouardel, qui fut toujours si libéral, nous proposa de mettre à notre disposition l'un des amphithéâtres de la Faculté.

Ces deux séries de conférences, après avoir paru dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, furent réunies en un petit volume : *Le Médecin dans la Société contemporaine* (1), rapidement épuisé.

Mais cet enseignement à deux, s'ajoutant à nos obligations professionnelles, nous créait trop d'embarras pour durer sous cette forme ; nous résolûmes de continuer séparément notre campagne. J'ai, pour ma part, consacré chaque année, jusqu'en 1914, un certain nombre de conférences sur la déontologie aux stagiaires que la Faculté me confiait à l'hôpital Lariboisière.

Un de mes collègues de la Société médicale des hôpitaux de Paris, et non des moindres, me félicita un jour d'avoir un nombreux auditoire à ces conférences, ajoutant en souriant, avec une intonation légèrement ironique : « Pour moi, toute la déontologie est contenue dans la formule évangélique : « Ne fais pas à autrui ce que tu ne voudrais pas qu'on te « fît. » — Peut-être !... Comme l'astronomie moderne était en germe dans la loi de Newton. Mais est-il inutile de développer toutes les conséquences et applications de la formule fondamentale aux innombrables cas particuliers créés par les rapports des médecins entre eux, avec les malades, avec les collectivités, avec la société entière ?

En présence d'aspects imprévus de ces rapports, souvent le jeune médecin et parfois même le praticien mûri par la vie restent perplexes, désireux de faire leur devoir, mais hésitant entre des solutions différentes. Leur conscience professionnelle veut être éclairée par la tradition, par les exemples de la majorité de leurs confrères, et ils appellent un conseil déontologique, comme on recourt à un formulaire dans le cas où on hésite sur la posologie d'un médicament. La réalité et la fréquence de ces scrupules s'avèrent par l'affluence des auditeurs à toute conférence de déontologie, par le grand nombre de lettres que reçoivent ceux qui passent pour avoir réfléchi sur ces matières et par le succès éclatant des Congrès de Médecine professionnelle et de Déontologie médicale.

Dans les pages qui suivent, j'indique quelques aspects de la formation psychologique et morale de l'étudiant. Il appartient à tout chef de service de songer à l'importance de cette partie de sa tâche.

Pour ce qui concerne la déontologie proprement dite, c'est dans la seconde partie de ce volume qu'on en trouvera les points principaux, exposés d'une manière plus vivante que dogmatique, parallèlement à l'énumération des difficultés de la pratique. Quant à l'enseignement officiel de la déontologie, il est évident qu'il devient d'extrême urgence.

(1) Masson et Cie, 1902.

§ 1. NÉCESSITÉ D'UNE CHAIRE DE DÉONTOLOGIE, LÉGISLATION ET SOCIOLOGIE MÉDICALES ET D'UN CODE DE DÉONTOLOGIE

Ce qui différencie essentiellement la situation sociale du médecin contemporain de celle qui existait au siècle précédent, c'est qu'alors il était presque exclusivement en relations avec l'individu malade, tandis que de nos jours il exerce souvent son art au nom d'une collectivité, soit pour donner des soins aux membres malades de celle-ci (Sociétés de secours mutuels, accidents du travail, assistance médicale gratuite), soit pour contrôler, certifier, expertiser. Il n'est plus uniquement l'auxiliaire de l'individu malade; comme représentant technique de la collectivité qui l'a requis ou commis, il peut même en être l'adversaire, si celui-ci outrepasse ses droits. Enfin il est appelé à collaborer scientifiquement à l'élaboration de lois, règlements et arrêtés et à faire partie de commissions qui fournissent des avis aux administrations publiques et privées. Éducateur du public au point de vue de l'hygiène dans la famille, il est le conseiller technique indispensable pour la confection des lois de solidarité sociale et d'hygiène publique et aux administrations publiques pour leur application.

Comme le dit justement le docteur P. Boudin, dans une remarquable thèse de doctorat en Droit (1), on est effrayé de la science juridique qu'un médecin est présumé posséder et que jusqu'ici personne ne lui enseigne.

D'où l'évidente nécessité d'un *enseignement spécial de déontologie, législation et sociologie médicales*, que nous sommes quelques-uns à réclamer.

A la commission de réforme des études médicales je n'ai pu obtenir que la promesse de quelques leçons consacrées chaque année par le professeur de médecine légale à la déontologie et qu'une interrogation orale au cinquième examen « sur la médecine légale, les éléments de législation et déontologie ». Jusqu'ici je ne vois que le professeur Et. Martin, à Lyon, qui ait donné dans son enseignement une part suffisante à ces matières, et c'est avec raison que M. P. Boudin réclame un cours obligatoire pour les étudiants, enseignant et commentant le Code médical, sanctionné par un examen complet et non par une interrogation facultative.

Cet enseignement est indépendant de la médecine légale. M. Boudin souhaite avec raison aussi que le professeur chargé de cet enseignement soit non seulement un médecin, mais un juriste parfaitement versé dans le « droit médical », — droit tout particulier qui se dégage des rapports journaliers entre docteurs et malades ou collectivités.

(1) *Le syndicalisme médical*, Paris, 1919.

Un autre devoir qui s'impose aux Facultés de médecine, c'est de *codifier la déontologie*. C'est une tâche devant laquelle elles ont toujours reculé, sans doute parce que ses difficultés sont extrêmes, peut-être, hélas! aussi parce que certaines règles qu'elles seraient appelées à formuler pourraient être pénibles à observer pour quelques-uns même des professeurs et agrégés qui les composent.

Mais déjà les *Conseils professionnels et principes de déontologie* publiés dès 1895 par l'Association des médecins de la Gironde, le *Projet de Code* préparé par Grasset pour le Congrès de déontologie de 1900, l'*Avant-projet d'un Code* publié en 1904 par une commission composée de Dignat, Glover, Le Gendre, Lepage et Lereboullet, rapporteur, forment les assises solides sur lesquelles pourrait être édifié le *Code définitif*, qui, après discussion dans tous les Conseils des Facultés, adopté et promulgué par ceux-ci, fixerait définitivement le statut moral et professionnel auquel tout étudiant issu d'elles devrait, avant de s'entendre dire le « Dignus es intrare », prendre l'engagement d'honneur de se conformer dans sa pratique.

§ 2. PSYCHOLOGIE PROFESSIONNELLE. — LES ÉTUDIANTS ET LEURS GUIDES (CHEFS, PATRONS ET MAITRES). — DE L'ARRIVISME

Parmi les qualités nécessaires à un bon praticien doit prendre place une connaissance suffisante de la psychologie professionnelle.

J'entends par là une étude des rapports psychologiques, intellectuels et moraux entre les individus qui exercent une même profession ou sont en rapport par l'exercice de leur profession. Il y a une psychologie du marchand et de l'acheteur, de l'avocat, du juge et du plaideur; il y a la psychologie du médecin et celle du malade.

Le médecin doit connaître la psychologie du malade et celle de ses confrères. Cette connaissance assure à celui qui la possède une indéniable supériorité sur ceux qui l'ignorent. On peut la posséder par une sorte d'intuition, que confère souvent l'hérédité ou l'atavisme; sinon, on doit l'acquérir par l'observation et la réflexion; il n'est pas inutile d'être guidé dans cette étude comme en toute autre.

Le fondement le plus solide de la préparation à la pratique médicale est une intime union entre les étudiants et leurs guides, union profitable aux uns comme aux autres, mais qui ne dégage son plein effet qu'à la condition d'avoir pour ressorts des sentiments généreux et non de bas intérêts. Ce développement est un premier chapitre de la psychologie professionnelle, la psychologie de l'étudiant et de ses maîtres.

Il est impossible d'aborder fructueusement sans guide l'étude de la médecine, qu'on l'envisage comme science ou comme art professionnel.

La science s'apprend dans les livres, les laboratoires, les cliniques.

Les livres sont si nombreux qu'un étudiant, ayant pénétré dans une de ces librairies du Quartier Latin où s'offrent à lui des monceaux de publications médicales, serait bien en peine de faire un choix — et ils sont si souvent en contradiction que leur lecture le jetterait rapidement dans une perplexité affolante, si quelque guide ne lui tendait le fil d'Ariane pour sortir du labyrinthe des théories.

Les laboratoires les mieux pourvus d'instruments sont inutiles, si l'étudiant n'y est accueilli par des moniteurs et des préparateurs qui lui apprennent à s'en servir.

Quant aux cliniques, que pourra faire dans les salles d'un hôpital un étudiant, même libre d'examiner les malades et de les interroger, si on ne lui montre pas comment on interroge et comment on examine?

L'art, c'est-à-dire la profession, comprend les applications de la science à chaque cas particulier, suppose l'acquisition si lente d'une expérience des malades suivant les âges, les sexes, les conditions sociales, les caractères, qu'un étudiant, qui devrait acquérir seul les renseignements nécessaires, aurait les cheveux blanchis avant d'y avoir réussi. Ou plutôt il n'acquerrait jamais de clientèle, parce que ses fautes et ses erreurs l'arrêteraient dès le début. C'est l'expérience de nos aînés qui nous évite les erreurs irréparables.

On peut se représenter un apprenti peintre seul en face de la nature et s'essayant patiemment à la reproduire. Il pourra faire des progrès... après avoir gâté beaucoup de toiles; — dans notre art, il n'est pas permis de gâter les premières étoffes dans lesquelles nous taillons.

Les concours, qui ouvrent l'accès des fonctions dans lesquelles on peut acquérir de l'expérience et qui constitueront des titres à la clientèle, ne peuvent être préparés avec succès sans des conseils et une direction.

Ainsi de tous côtés s'impose la nécessité de guides pour l'étudiant en médecine.

Quand l'étudiant entre dans une Faculté, s'il n'est pas d'une famille médicale, il ne reçoit généralement que des indications trop vagues par voie d'affiches; il serait bien désirable que, dans un bureau d'accès permanent et facile, quelque fonctionnaire compétent et complaisant fût toujours prêt à compléter ces renseignements. Pour combler cette lacune, l'étudiant trouve des conseils auprès de ses condisciples plus âgés, et plusieurs journaux de médecine publient chaque année un numéro spécial contenant une foule de renseignements sur les ressources de l'enseignement officiel ou libre.

A la Faculté même, l'étudiant trouve comme premiers guides scientifiques les professeurs. S'ils ne peuvent dispenser que l'enseignement théorique, leur rôle est pourtant précieux ; car, quoi qu'on ait dit, les livres seuls, les meilleurs même, ne suffisent pas sans le commentaire verbal et la critique. Mais, du haut de leurs chaires, ils sont trop distants pour exercer une action individuelle sur leurs auditeurs.

Pour les travaux pratiques, les moniteurs, aides d'anatomie, préparateurs et prosecteurs constituent un état-major et des cadres indispensables, mais malheureusement trop restreints, dans une Faculté pléthorique comme celle de Paris, pour que chaque travailleur puisse être en contact étroit avec ses guides.

Dans les conférences préparatoires à l'externat et à l'internat, l'influence des dirigeants peut être des plus utiles pour le meilleur emploi des efforts ; elle pourrait l'être plus encore si tous les chefs de conférence, au lieu de se borner à dicter des plans de questions, s'efforçaient de corriger les défauts d'exposition de leurs élèves et les exerçaient surtout à faire des plans eux-mêmes.

A l'hôpital, le besoin d'être guidé devient particulièrement impérieux. Ici, l'instrument d'étude est un être humain malade, qu'il n'est légitime d'utiliser pour s'instruire qu'à la condition de ne pas aggraver son mal physique par un examen brutal et même de ne pas augmenter sa détresse morale par des questions maladroitement posées. Voyez cet étudiant qui met pour la première fois les pieds dans une salle d'hôpital, n'osant se diriger vers un lit plutôt que vers un autre, ni questionner ces hommes ou ces femmes tous prêts à rebuter ce jeune inconnu, las qu'ils sont d'avoir été plusieurs fois questionnés et examinés. Mais son embarras cesse dès que le chef du service l'a accueilli, l'a mis sous la tutelle amicale d'un étudiant plus ancien, déjà lui-même investi, à titre d'externe ou d'interne, par l'Administration de l'Assistance publique, du droit d'interroger et d'examiner. Si les externes, si les internes comprennent leur mission, comme de bons frères aînés, ils aident le bénévole et le stagiaire à jouer ce rôle si ingrat de paraître un tourmenteur, quand on n'a que le désir de faire son devoir et d'être utile. Dans un service hospitalier, le mot d'ordre doit être : « Entr'aide », et c'est le chef de service qui doit le donner.

C'est donc dans les hôpitaux que commence réellement le rôle de ceux que les étudiants appellent tour à tour leurs chefs, leurs patrons, leurs maîtres.

Ce ne sont point là des appellations synonymes ; elles couvrent des idées différentes, qu'une analyse un peu serrée nous permettra de mettre en valeur.

Le *chef,* c'est celui qui commande. C'est une appellation froide, qui

implique l'idée de hiérarchie, d'administration, de rigueur. On le subit pour un certain temps, on le quitte pour passer sous l'obéissance d'un autre. Il se peut qu'on l'ait choisi, qu'on s'y attache, que des liens autres qu'administratifs s'établissent. Alors on ne tardera pas à lui donner un autre nom.

Si le chef de service est en même temps chargé de l'enseignement clinique, c'est un professeur comme ceux qui montent dans les chaires de l'école, avec cette différence que la clinique rapproche nécessairement le professeur de l'étudiant, qu'ils se retrouvent chaque matin autour des lits. Le professeur de clinique apprend à connaître individuellement les étudiants qui l'entourent; son action est plus directe, il peut exercer une action personnelle sur chacun d'eux.

Parmi ceux qui, chaque matin, collaborent avec lui, le chef en distingue un certain nombre, pour lesquels il éprouve plus de sympathie. Nous aurons à voir plus tard pour quelles raisons diverses ceux auxquels il témoigne une bienveillance particulière l'appellent le *patron*, terme d'une interprétation délicate, difficile à comprendre pour les philistins, et à vrai dire ambigu, qui peut être pris dans deux sens différents, l'un meilleur que l'autre.

Pour trop d'étudiants, le patron c'est celui dont on espère, en argot contemporain, le « piston ». Ce mot symbolique éveille l'idée d'un effort nécessaire et énergique pour faire pénétrer un candidat inadapté à la fonction qu'il ambitionne à travers un passage difficile, fût-ce même à frottement dur. De ce point de vue, on peut dire que le terme de patron est pris alors dans l'acception de la société romaine antique. Le patron s'entoure de clients qui comptent sur son appui en toute circonstance, qui lui font une sorte de cour, chantent sa gloire et vantent sa puissance, ses succès, dont ils espèrent un reflet, un bénéfice. Ce patronage n'est pas le plus honorable. Il a pour conséquence immorale de détourner de l'effort personnel et du devoir, en laissant espérer le même succès aux médiocres et aux incapables bien pistonnés qu'aux laborieux sans protecteurs.

Nous constatons trop souvent chez nos étudiants ce trait de caractère et cette règle de conduite qui se sont répandus dans la jeunesse de toutes les professions et que l'argot contemporain a baptisé *arrivisme*. C'est un désir d'arriver au but avant les camarades « du même bateau », — jusque-là, rien de mieux, c'est l'émulation qui est un des bons stimulants du travail, — mais par tous les moyens, même déloyaux, *per fas et nefas*. Au cours de ses études, pour s'insinuer dans les bonnes grâces de ses chefs, l'arriviste n'hésite pas à les flatter, plus ou moins habilement, même au détriment de la vérité, en truquant des observations pour les rendre concluantes dans le sens des théories auxquelles se complaît chacun d'eux ;

il ne recule pas devant les insinuations désobligeantes au sujet de ses camarades; il fait la chasse aux relations mondaines pour se faire recommander en vue de ses examens et de ses concours.

Heureusement, malgré les efforts faits dans les milieux arrivistes pour généraliser le culte du piston, pour beaucoup d'étudiants, le patron c'est celui qui associe à son labeur hospitalier quotidien les bons travailleurs, coordonne leurs efforts en vue d'un but commun, soit une recherche scientifique, soit, ce qui est plus haut encore, la guérison des malades, la réparation des brèches faites à des vies humaines. Le patron, c'est alors le plus vieux et le plus expérimenté des ouvriers, qui apprend à ses cadets les finesses de son métier. Voilà une métaphore saine et d'une incontestable noblesse sociale dans sa bonhomie populaire.

Le *maître*, c'est celui qui enseigne, mais c'est aussi celui qui conseille, qui devient un tuteur moral, qui ne veut pas seulement caser ses créatures, mais qui veut l'amélioration de ses disciples. Un étudiant a toujours successivement plusieurs chefs; il peut ne jamais rencontrer le patron — dans le sens utilitaire et péjoratif —; il peut toujours, s'il a bonne volonté, se faire le collaborateur apprécié de plusieurs patrons, qui lui rendront en conseils et en exemples utiles l'équivalent de ses loyaux services.

Quant au Maître vraiment digne de ce titre, le plus honorable qu'on puisse envier dans notre microcosme médical, on n'en rencontre guère qu'un ou deux dans sa carrière, auxquels on s'attache par les liens de l'estime réciproque, de la sympathie, parfois de l'admiration.

Rien d'ailleurs ne s'oppose à ce qu'un chef puisse devenir à la fois un bon patron et un vrai maître.

Mais voyons les relations qui peuvent et doivent exister entre les étudiants et leurs guides.

L'étudiant doit faire confiance à son guide, accepter ses critiques sans s'insurger et tenir compte de ses conseils.

Le premier qu'il reçoit toujours est celui d'être assidu à l'hôpital. Chaque matinée est précieuse, parce que l'étude de la clinique repose sur les hasards de l'entrée des malades. On peut, en redoublant de travail, regagner le temps perdu pour les études théoriques : les livres et les collections sont toujours à notre disposition ; mais, en clinique, tel cas rencontré aujourd'hui ne sera peut-être plus revu que dans plusieurs années, et le futur praticien déplorera de ne pas pouvoir faire un diagnostic difficile, parce qu'il aura délaissé quelquefois son service quand il était stagiaire.

L'étudiant ne doit pas seulement écouter son chef quand il est directement interpellé : il doit tenir compte des critiques faites à ses camarades; il doit sans cesse observer la manière dont se comporte le chef; comprendre pourquoi celui-ci varie sa manière de parler aux malades et

de diriger ses interrogatoires suivant les circonstances d'âge, de sexe, de profession, remarquer ses moindres gestes et attitudes, comment il palpe, percute et ausculte. Car le chef peut difficilement faire répéter chaque jour à chacun de ses stagiaires tous les gestes de l'exploration clinique, et c'est une lacune que j'ai signalée à la Commission de réforme des études médicales, cette absence de moniteurs de propédeutique clinique, non moins nécessaires que les moniteurs d'anatomie.

Dans les rapports quotidiens entre un étudiant et son chef, la cordialité n'exclut pas la déférence, mais celle-ci n'implique pas la solennité ; il y a une juste mesure, qui, malheureusement, tend à se perdre, entre une politesse trop courte et une trop longue. Je n'ai pas été moins surpris depuis quelques années d'être appelé « Monsieur le docteur » ou « Docteur » par des stagiaires, après trois mois de fréquentation quotidienne, que « Cher monsieur », après deux jours ; une fois même, un étudiant m'a demandé par téléphone si je n'avais pas une place d'externe à lui donner !...

Le chef doit à ses élèves l'exactitude, la patience, la bienveillance ; s'il doit encourager les timides, il ne doit pas laisser passer les erreurs sans les relever, les négligences sans les réprimander, la présomption sans la critiquer. Lui-même doit savoir reconnaître ses erreurs et ne pas dissimuler les embarras quotidiens du diagnostic et du traitement.

L'étudiant qui veut attirer sur lui l'attention du chef n'a qu'à faire exactement la tâche qui lui est confiée ; il est inutile qu'il joue le courtisan ou le flatteur.

Il convient de questionner à propos, mais non pas à tout propos et surtout hors de propos, uniquement pour fixer l'attention, au risque de faire perdre le temps de tous.

Les rapprochements se font par la force des choses entre les étudiants et leurs chefs. Une collaboration s'établit. Mais il ne faut pas que le chef abuse de la bonne volonté de certains collaborateurs. Cet abus est un des inconvénients du mauvais patronage dont j'ai fait le procès. Il y a des patrons qui exigent beaucoup, mais à charge de rendre en protection énergique ce qu'ils ont reçu en docilité. Quand j'étais étudiant, nous avions surnommé les « zèbres » du professeur X... des élèves toujours prêts à filer en mission de confiance, avec la rapidité traditionnelle de ces élégants animaux, au moindre signe du patron.

Quand le patron est un vrai savant, désintéressé, qui associe à ses travaux le nom de ses collaborateurs, rien n'est plus louable que ce zèle dont la récompense est une part de juste notoriété ; le sentiment est moins louable quand, d'une part, il n'y a que préoccupation d'exploiter une complaisance intéressée et, de l'autre, de s'en faire uniquement un titre à l'avancement. Car le patron est immoral de prendre en quelque sorte l'enga-

gement de faire triompher, un jour, par son crédit, un élève qu'il saura médiocre sur des rivaux plus méritants.

D'ailleurs, le calcul de l'élève-client peut être déçu ; la clientèle grossit, le patron a de plus en plus de peine à caser ses clients ; l'écurie est devenue trop petite pour le nombre croissant des zèbres, et il y a des dupes qui eussent mieux fait de compter plus sur leur propre travail que sur leur servilité.

Un type de patron peut se rencontrer qui n'admet pas qu'un de ses élèves puisse chercher d'autres maîtres et qui leur fait des scènes de jalousie, dont la galerie s'égaye.

Un des plus importants services que puisse rendre un chef qui est un bon maître est d'initier les étudiants aux futures difficultés de la clientèle, en citant des cas de sa pratique, en avertissant sur les dangers qu'il a rencontrés lui-même, en indiquant les moyens d'y parer.

Si j'ai insisté sur les avantages que les étudiants peuvent recevoir de la fréquentation de leurs maîtres, je signalerai ceux que, par une juste récompense, ceux-ci tirent de leurs élèves : exposés à une incessante critique, ils s'enlisent moins facilement dans la satisfaction de soi-même, qui est comme la rouille de l'esprit. Se sentant responsables des exemples qu'ils donnent, ils se surveillent mieux et cherchent à se maintenir dignes de leur rôle ; au contact d'une jeunesse sans cesse renouvelée ils se sentent vieillir moins vite.

Je ne connais pas de plus beau modèle des liens qui peuvent s'établir entre un maître et son disciple, à l'avantage de tous deux, que l'histoire admirable de Bretonneau et de Trousseau, si bien retracée naguère par le plus brillant de nos écrivains médicaux actuels, F. Helme : « Lorsque le bon Bretonneau, à l'hôpital de Tours, eut enseigné ce qu'il savait à Trousseau, son grand élève préféré, il l'envoya à Paris. A l'instruction étendue de son disciple il avait ajouté une forte éducation morale. Entre ces deux êtres si dissemblables, l'un tout en raison, l'autre tout d'imagination, s'était opérée une sorte de phagocytose intellectuelle réciproque. Trousseau avait acquis de Bretonneau la technique de son art et des idées générales en foule ; mais, par contre-coup, le talent du maître avait été comme renforcé par l'enthousiasme de l'élève, et la portée de son verbe en fut centuplée. »

Helme nous a raconté, d'une façon touchante, la séparation du maître et du disciple, qui restèrent en communion constante par les lettres qui nous ont été conservées et qu'a publiées M. Triaire. Presque chaque jour, pendant les années de lutte qui devaient aboutir au triomphe que vous savez, l'étudiant laisse sa pensée voler vers son père intellectuel, c'est à lui qu'il chante ses espoirs, qu'il confie ses découragements.

Quel noble et réconfortant exemple, d'autant plus réconfortant qu'il n'est pas besoin d'être des Bretonneau et des Trousseau pour l'imiter ! Partout où, sur le terrain commun de l'étude et du dévouement aux malades, se trouvent chaque matin côte à côte un chef de service et des étudiants, un maître et des disciples, peuvent se nouer des liens étroits, durables et bienfaisants pour eux tous.

§ 3. — LE MÉDECIN ET LA VÉRITÉ. — CAUSES, PROPAGATION ET GUÉRISON DES ERREURS

Parmi les qualités morales nécessaires au praticien, il en est une qu'on aurait tort de laisser dans l'ombre, que quelque lecteur se scandalisera peut-être de me voir citer, mais dont en vieillissant au spectacle de la vie médicale on apprend à déplorer trop souvent l'absence ou l'insuffisance : c'est le respect, le culte de la *vérité*.

Les médecins sont pourtant en moyenne aussi respectueux de la vérité que les membres des autres professions libérales et non libérales, que les avocats et les marchands par exemple, puisque l'avocat doit, par définition, travestir souvent la vérité dans l'intérêt de son client et que le marchand est par malheur trop souvent tenté de le faire dans le sien propre. L'infirmité morale inhérente à tous les humains et qui les pousse au mensonge par intérêt, par vanité ou par haine, n'est pas plus répandue chez les médecins que chez leurs frères en humanité ; osons même dire qu'elle l'est moins que chez beaucoup d'autres, parce que la culture morale moyenne est plus élevée chez nous, et je proclame que le mensonge intéressé est exceptionnel parmi nous. Mais ce qui est beaucoup moins rare, ce qui est même assez fréquent à certains points de vue, c'est une déformation involontaire ou semi-consciente de la vérité.

Il est bien évident d'autre part que le médecin ne doit pas toujours dire la vérité. Il est au contraire des circonstances nombreuses où notre devoir est de la taire, de l'atténuer ou de la nier ; il y a incontestablement des cas où le médecin doit mentir avec assurance, avec énergie, avec la conviction qu'il agit bien, et avec un art d'autant plus consommé qu'il est meilleur homme et meilleur praticien. Mais quand le médecin doit-il respecter la vérité avec la plus scrupuleuse préoccupation de n'en pas déformer le moindre trait ? quand doit-il la travestir ?

Dans les rapports du médecin et de la vérité, il faut distinguer le côté professionnel et le côté scientifique ; dans tout médecin il y a deux hommes, celui qui soigne ses semblables et a le devoir de leur mentir parfois par humanité, et celui qui collabore plus ou moins, mais toujours dans une certaine mesure, aux progrès de la médecine ou tout au moins

à la saine vulgarisation des vérités médicales actuellement connues ; celui-ci doit scrupuleusement veiller à ne pas déformer ce qu'il croit être la vérité.

Cette distinction fondamentale est encore insuffisante ; car une courte réflexion nous fait apercevoir que, si le praticien doit souvent mentir à ses malades par humanité, quand la connaissance de la vérité ne peut leur apporter qu'un désespoir inutile, il est certains cas où son devoir est, au contraire, de leur dire une vérité douloureuse, soit dans leur propre intérêt, soit dans celui de leurs proches ; enfin il est des cas où l'intérêt social exige que le médecin garde pour lui la vérité, bien que la divulgation de cette vérité doive être utile au malade qu'il soigne ou à la mémoire de celui qu'il a soigné. L'étude minutieuse des circonstances dans lesquelles le praticien doit ou non la vérité au malade et aux pouvoirs publics est un des plus graves chapitres de la déontologie, celui du secret médical que j'aborderai plus tard ; pour le moment, analysons seulement les circonstances par suite desquelles le médecin, en tant que savant, chercheur modeste ou simple praticien, collaborateur forcé, conscient ou non, de l'évolution médicale, est trop souvent amené à altérer la vérité.

C'est surtout dans la clinique et dans les résultats de la thérapeutique que l'erreur se glisse. Car, dans les multiples sciences qui servent de base à la pratique médicale, le contrôle est toujours possible et les erreurs sont plus ou moins rapidement démasquées, plus vite à notre époque qu'à toute autre, parce que les travailleurs innombrables de tous les pays, ayant entre eux des moyens de communication incessants, ne tardent pas à redresser les fautes d'observation ou de technique ; la physique, la chimie, la bactériologie, l'anatomie normale et pathologique, la physiologie et la pathologie expérimentales sont moins exposées à la pénétration d'erreurs durables par la faute d'un seul mauvais observateur, sans être pourtant à l'abri de certaines causes d'une nature particulière dont je parlerai plus loin. Mais, en pathologie humaine, la variété indéfinie des réactions morbides individuelles est telle que nulle affirmation nouvelle ne peut être repoussée *a priori* et que la rareté de certains faits d'observation clinique ou thérapeutique ne permet pas pendant longtemps de nier qu'ils soient possibles, lorsqu'ils ont été une fois signalés par un observateur. Cet observateur a presque toujours été de bonne foi (je suis obligé de dire *presque,* car il n'est pas inouï que des observations aient été fabriquées de toutes pièces). Mais, si le menteur en clinique et en thérapeutique est certainement un malfaiteur exceptionnel, en dehors du monde des charlatans, il faut envisager les causes si nombreuses qui peuvent rendre inexacte une observation.

Savoir observer est un don naturel chez un petit nombre d'hommes

heureusement doués, mais qui fait défaut ou n'existe qu'en germe chez la plupart. Tous les étudiants en médecine n'ont pas subi, avant d'aborder le malade, une préparation intellectuelle convenable, par des études suffisantes dans les divers ordres de connaissances qui peuvent développer l'aptitude à bien observer. La transmission héréditaire de ces qualités professionnelles est attestée par l'histoire de ces belles familles médicales où une lignée de praticiens obscurs aboutit à l'éclosion d'un médecin illustre. Mais, quand l'étudiant qui n'a pas eu la rare bonne fortune de la trouver dans son héritage a négligé de développer pendant son passage dans les hôpitaux son aptitude à l'observation, cet ensemble de qualités et d'habitudes, dont la réunion constitue le sens et l'esprit cliniques, il fera, devenu praticien, des observations incomplètes ou erronées, à coup sûr au préjudice de ses malades, mais quelquefois aussi de la science médicale. Car un médecin mal instruit ne laisse pas quelquefois d'être un ambitieux et même un chercheur de bonne foi, qui ne négligera aucune occasion de publier des observations recueillies par lui et radicalement faussées par son instruction mal faite. Il est à noter malheureusement que cette mauvaise éducation clinique n'est pas incompatible avec une érudition assez étendue, si bien que de tels mauvais observateurs peuvent pendant assez longtemps faire illusion au lecteur, qui ne les connaît que de nom et qui est tenté de faire crédit à leur esprit clinique en considération de l'étalage d'érudition dont s'entourent les faits inédits publiés par eux.

Aussi le strict devoir de quiconque contribue à diriger les premières études d'un futur médecin est-il de lui faire examiner sous ses yeux les malades, en suivant pas à pas les détails de cet examen avec une attention assez soutenue pour lui signaler au fur et à mesure non seulement les causes d'erreur qui peuvent fausser son interprétation des faits (ce qui n'est que la seconde étape de l'examen clinique), mais les erreurs inévitables qui se glissent à chaque instant dans la récolte même des faits d'observation et dans l'interrogatoire d'un débutant. La plus fréquente des causes d'erreur en clinique est l'existence chez les médecins de *mauvaises habitudes* d'observation ou, pour mieux dire, *l'absence de bonnes habitudes* prises à l'hôpital dans les premières années, dans les premiers mois de la scolarité.

Le rôle du maître ne doit pas se borner à surveiller l'examen et l'interrogatoire ; il doit avec autant de soin veiller à la *rédaction de l'observation ;* car c'est là que l'erreur peut à chaque instant se glisser et se glisse effectivement, involontaire presque toujours, — mais non toujours, hélas ! — de la part de l'étudiant.

Pourquoi et comment se produisent les altérations de la vérité ?

L'analyse des causes d'erreur qui peuvent entacher les publications médicales et même l'enseignement, troubler d'une manière plus ou moins durable les progrès de notre art, ou tout au moins retentir fâcheusement sur la pratique d'un certain nombre de praticiens, trop confiants dans les nouveautés, montre qu'elles peuvent appartenir à trois catégories.

Il y a des erreurs par *omission* ou suppression, auxquelles s'ajoutent celles qui découlent d'une fausse et trompeuse simplification ; — des erreurs par *addition* ou exagération ; — des erreurs par *supposition* ou hypothèse téméraire.

— Les *erreurs par omission* sont inévitablement fréquentes chez les débutants, et les plus excusables au début, puisqu'elles découlent de leur insuffisante instruction; elles doivent devenir de plus en plus rares, si les étudiants sont assez étroitement surveillés, et, si elles sont encore commises par des praticiens, c'est en conséquence des mauvaises habitudes qu'ils ont contractées ou parce qu'ils n'ont pas pris de bonnes habitudes dès le début de leurs études. Combien d'observations publiées sont inutilisables et sans conclusions possibles par insuffisance de renseignements thermométriques précis, d'analyses d'urines, d'indication du poids des malades, de certaines explorations (naso-pharynx, organes génitaux, rectum, etc.) !

Il y a des cas où le rédacteur d'une observation, rencontrant pendant son enquête un fait ou un commémoratif dont il ne saisit pas le lien avec le diagnostic admis, supprime sans scrupule ce renseignement parasite, dont la mention, provisoirement inutilisée et inutilisable, pourrait devenir précieuse aux travailleurs de l'avenir.

Une autre cause d'erreur par omission, imputable à certains maîtres, est de trop simplifier les descriptions de maladies pour diminuer les efforts de mémoire aux auditeurs et aux lecteurs, en ramenant les types morbides à des schémas. L'intention est louable, et, dans une certaine mesure, il peut être nécessaire, quand on enseigne à des débutants, de simplifier les descriptions, mais cette simplification ne doit pas dépasser certaines limites. Un des maîtres de la clinique chirurgicale, qui m'a traité avec tant de bonté quand j'étais stagiaire dans son service (en 1872), le vénéré professeur F. Guyon, signalait « le danger de la fausse simplification qui, loin de rendre la tâche plus aisée, égare et conduit à l'erreur ». Quand on s'est accoutumé à éloigner de toute description de maladie les symptômes contingents, on finit par ne plus avoir dans l'esprit qu'une pathologie schématique et une ontologie fantomatique, qui constitue le fonds commun de la littérature des mauvais manuels. Celle-ci peut servir à passer devant des juges distraits un examen, qui n'aura certes rien de probatoire au point de vue de l'aptitude à l'exercice médical.

On peut également reprocher à la méthode mécanique et artificielle, qui tend à prévaloir dans la préparation de nos concours de l'externat et de l'internat, de bâtir sur ce fondement trompeur l'éducation d'un trop grand nombre de médecins. Elle peut permettre à un étudiant encore très jeune de faire deux ou trois épreuves suffisantes sur des sujets prévus par ses chefs de conférence ; mais, si le lauréat, trop fier de ce résultat et s'estimant assez instruit désormais, ne doit voir, pendant son temps d'hôpital, les innombrables cas particuliers que la réalité fera défiler sous ses yeux qu'à travers les cadres simplistes de ses tableaux synoptiques appris par cœur, il est voué à rester toute sa vie un pitoyable observateur, n'ayant pour explorer les réalités incessamment changeantes de la clinique qu'une lunette qu'il ne sait pas mettre au point.

— Les *erreurs par addition* sont faites le plus souvent après coup, lorsque le rédacteur d'une observation, relisant les notes prises au jour le jour, s'aperçoit qu'il manque à sa description quelques traits de nature à la faire rentrer dans les cadres classiques, à la rendre superposable aux schémas précités, dont il faut tant se méfier. Il ne résiste pas toujours à la tentation de corriger çà et là certaines lacunes ou anomalies, pensant avoir oublié de noter au jour donné ce qui « devait être ». Ce maquillage à demi volontaire est assez fréquent de la part des étudiants ; on s'en rendra aisément compte en relisant comparativement les notes prises quotidiennement par l'élève et la rédaction définitive qu'il vous remet quelques semaines ou quelques mois plus tard.

Il n'est pas exceptionnel que des observations frelatées inconsciemment soient utilisées dans des publications à prétention scientifique. Pour peu qu'un étudiant réunisse des matériaux en vue d'une thèse à soutenir, il a une tendance naturelle à faire rentrer dans son cadre le plus de faits possible à l'appui de l'opinion qu'il défend et c'est alors que le « coup de pouce » à demi conscient n'est pas rare. Il m'est arrivé de lire, dans une thèse imprimée, des observations de malades dont j'ai suivi l'évolution et qui différaient assez notablement de la réalité pour semer des germes d'erreur ; il nous est impossible de contrôler toujours avant la publication la rédaction de faits puisés dans nos services, si actifs et où se succèdent tant d'élèves ; d'ailleurs, bon nombre sont utilisés sans notre aveu et même à notre insu. La conclusion qui s'impose est, pour les chefs de service, la préoccupation constante d'imprimer de toute leur force à leur entourage le souci scrupuleux de la vérité, d'écarter autant que possible les causes d'erreur. Une température mal prise par le malade lui-même, oubliée par l'infirmier, reconstituée de mémoire inexactement par la surveillante, un médicament oublié ou administré à une dose différente de celle qui avait été prescrite, — qui donc, ayant vécu longtemps dans les

hôpitaux, affirmera que ce sont des éventualités si exceptionnelles qu'elles soient négligeables comme causes d'erreur?

Et les statistiques globales portant sur l'ensemble des hôpitaux, sur un hôpital, sur un seul service même, — qui peut leur attribuer une valeur incontestable et une bien haute portée? Combien de causes d'erreurs s'y glissent! Combien de fois le diagnostic n'a-t-il pas été inscrit par un autre que celui qui connaissait réellement le malade et avant une autopsie qui vient démentir le diagnostic! Et, dans ce cas, la rectification est-elle souvent faite sur la feuille statistique et sur le registre de l'hôpital? Ces causes d'erreur sont inévitables dans des établissements où le mouvement est aussi actif, le personnel médical et administratif aussi surmené que dans nos grands hôpitaux parisiens. Luttons de toutes nos forces pour réformer cette situation fâcheuse. Mais reconnaissons que présentement toute statistique, dans laquelle un chef de service ou un interne utilise d'autres matériaux que ceux qu'il a recueillis lui-même, avec un souci constant d'éviter toutes les causes d'erreur imaginables, est un document à écarter, pour cause de suspicion légitime, de toute discussion vraiment scientifique.

— La troisième catégorie des erreurs qui se commettent en médecine est celle qui a pour point de départ une pure supposition, une *hypothèse sans fondement*. Je suis bien loin de penser que l'hypothèse doive être bannie du domaine scientifique, puisqu'il est évident que la marche en avant n'est possible que par le moyen d'hypothèses, constructions volantes, provisoirement nécessaires aux architectes de la science pour tâter la solidité du terrain sur lequel ils s'engagent, et qui sont non seulement légitimes, mais nécessaires, utiles et non nuisibles, à la condition que leurs auteurs les démolissent d'eux-mêmes lorsque leurs propres constatations ultérieures ou les justes critiques d'autrui leur en ont fait comprendre l'instable équilibre. Les causes d'erreur résident non pas dans l'essai d'une hypothèse, mais dans la dénaturation inconsciente ou demi-consciente des faits qui sont appelés à étayer cette hypothèse. L'histoire de la médecine est pleine de ces aventures de théoriciens, emportés par le désir de défendre leurs hypothèses et entraînés soit à refuser de tenir compte des critiques de leurs contradicteurs, soit à nier, sans les contrôler, la validité des expériences ou des faits qui leur sont opposés. Les médecins sont comme tous les hommes, quand ils ne se maintiennent pas l'esprit libre et sont portés aux tendances extrêmes : les uns sont misonéistes, réfractaires aux idées nouvelles; les autres, néomanes, engoués de toute nouveauté. Si les premiers, par leur obstination dans l'immobilité, entravent le progrès de la science, les autres, par leur engouement impulsif et irréfléchi, peuvent aussi le contrarier, en l'aiguillant temporairement dans

des voies sans issue. Les uns et les autres, s'ils se multipliaient dans le monde médical, seraient également des fauteurs d'erreur. Car, suivant la forte parole de mon cher et regretté maître Ch. Bouchard, « il y a deux manières de ne pas voir la vérité, c'est de fermer obstinément les yeux devant elle ou d'être aveuglé par elle ».

Nous avons vu comment naît l'erreur. Comment se propage-t-elle?

Par les livres et par les journaux. Entendons-nous : par les livres mal composés, par les périodiques mal dirigés et par les épreuves mal corrigées. Ces erreurs manquent à la classification de Francis Bacon; à côté des « idoles » du Forum et du Théâtre, il eût pu faire une place à celles de la Typographie, puisque cette Messagère de Vérité, jeune centenaire encore à la naissance du *Novum Organum* (1612), pouvait contribuer aussi à propager l'erreur.

L'erreur peut d'abord être purement graphique, conséquence d'une simple faute d'écriture ou d'imprimerie : c'est le lapsus de l'auteur ou la coquille du typographe, qui échappent à l'auteur, parce qu'il n'a pas bien corrigé ses épreuves, et au secrétaire de la rédaction qui les laisse passer à son tour. Ces lapsus, s'ils ne sont que des erreurs d'orthographe ou de mots sans importance, n'ont pas plus de gravité dans les imprimés médicaux que dans tout autre imprimé : le lecteur corrige mentalement l'erreur. Mais, dans notre littérature médicale, de quelle importance ne sont pas les erreurs de dates, de symptômes, d'âge des malades, de doses des médicaments! L'erreur typographique, une fois née, a la vie dure, sachez-le : on la trouve reproduite dans plusieurs éditions successives du même livre et par d'autres journaux que celui qui l'a engendrée. Pourquoi ce genre d'erreur est-il si vivace? Pour plusieurs raisons.

D'abord les publications scientifiques ou pseudo-scientifiques en médecine ont pris une extension que je n'hésite pas à qualifier de déplorable. Est-ce seulement à cause des progrès rapides de la science? Non, car la multiplication des publications se serait vue au même degré dans toutes les sciences, et c'est seulement en médecine que sévit abusivement la prolifération extraordinaire de l'imprimé.

La raison doit en être cherchée principalement dans le développement extraordinaire de la publicité commerciale des médicaments, par suite de laquelle d'innombrables journaux, soi-disant médicaux, ont été fondés par des industriels pour favoriser la vente de produits pharmaceutiques ou connexes à la pratique médicale. La rédaction de ces feuilles a été confiée d'abord à des personnes incompétentes ou mal rétribuées, étudiants ou médecins besogneux, qui tantôt se contentaient de découpures de journaux parus antérieurement, tantôt procédaient à un démarquage maladroit.

Mais que les vecteurs de l'erreur aient été des ciseaux aveugles ou des plumes ignorantes et trop pressées, la conséquence fatale devait être le travestissement fréquent de la vérité.

Une seconde cause a été l'internationalisation rapide des connaissances médicales à l'époque contemporaine. Après avoir si longtemps dédaigné le mouvement scientifique étranger, à tel point qu'à l'époque où j'ai commencé mes études le professeur Jaccoud étonnait tout le monde par sa connaissance des littératures étrangères, le public médical français s'est pris tout à coup d'un engouement peut-être excessif pour tout ce qui s'écrit en médecine dans les plus lointains pays. Chaque périodique, même parmi les plus modestes, a voulu avoir son reportage étranger à l'instar des plus grands journaux. Mais, le nombre des rédacteurs assez familiarisés avec les langues vivantes pour dépouiller correctement les publications étrangères n'égalant pas les besoins des éditeurs de journaux de médecine, les analyses et revues des publications étrangères ont été trop souvent rédigées de façon inexacte ou incomplète. Les dangers des erreurs en pareille matière ne sont pas si minces qu'on pourrait le supposer.

En conséquence de l'engouement pour la médecine étrangère, on a vu des médecins néomanes, sur la foi de comptes rendus inexacts ou incomplets, appliquer sans hésitation le remède nouveau ou la médication exotique, et c'est une imprudence qui a pu n'être pas sans inconvénient grave pour les malades, quand le traducteur avait mal compris ou laissé passer des erreurs de posologie, substituant, comme je l'ai constaté, des centigrammes ou même des grammes aux milligrammes.

A côté des inexactitudes des traductions qui justifient le vieux proverbe italien « *traduttore traditore* », se placent les erreurs dans les comptes rendus des sociétés savantes et des congrès, dans les analyses des travaux même français, et elles fourmillent, si on veut prendre la peine de les relever. Si les auteurs de communications ne se donnent pas la peine de faire eux-mêmes le résumé de ce qu'ils ont dit avec leurs conclusions très précises, ils doivent s'attendre trop souvent à ne plus reconnaître leur pensée dans les comptes rendus de beaucoup de journaux ; heureux, si elle n'est que tronquée et incomplètement rendue ! Il peut arriver qu'on leur fasse dire le contraire de ce qu'ils ont dit.

Ces grossières erreurs, qui sont relativement rares dans les journaux médicaux, sont la règle dans la presse générale, et malheureusement vous savez combien le public est friand de vulgarisation des « choses de la médecine ! » Ils sont rares les grands périodiques politiques qui se sont assuré la collaboration de rédacteurs compétents pour traiter ces questions ; la plupart démarquent les journaux médicaux, et de démarquage en démarquage nous pouvons juger chaque jour ce que devient la vérité médicale !

Une autre cause d'erreur en médecine, celle-ci d'un ordre plus relevé, mais non moins importante, est l'opinion erronée que beaucoup d'écrivains prêtent de bonne foi à leurs devanciers, faute de s'être reportés aux travaux originaux, de remonter aux sources. Notre si regretté collègue et ami A. Delpeuch, érudit sincère, qui savait remonter aux sources, avait relevé de bien curieux exemples d'erreurs médicales perpétuées à travers les âges, et consistant soit à attribuer à un auteur la paternité d'une opinion qui émanait d'un autre, soit à dénaturer un texte dès l'origine par une erreur de traduction ou d'interprétation.

A tant de causes d'erreur y a-t-il des remèdes? — Je le crois. Une attention soutenue de la part de beaucoup d'entre nous pourrait singulièrement favoriser une réaction contre tant de fâcheuses habitudes. Pour ce qui est de la presse médicale, de fréquentes protestations des intéressés contre les comptes rendus inexacts dont ils sont victimes amèneraient peu à peu les rédacteurs à remplir plus soigneusement leur tâche. Il faudrait signaler, sans se lasser, des erreurs qui nous frappent à la lecture des choses que nous connaissons bien, même, et surtout, quand ces erreurs ne nous touchent pas personnellement. Quand on ne réclame la vérité que dans l'intérêt public, on ne peut être taxé de faire du bruit autour de son propre nom.

Le remède sort parfois du mal lui-même, et, la concurrence aidant, de la masse des périodiques sans valeur, qui servent de base à la réclame, s'en dégagent déjà quelques-uns qui sont convenablement rédigés, avec une allure scientifique; les industriels qui les ont créés ayant compris qu'une publicité, pour être efficace, doit avoir un fondement capable d'inspirer à ceux auxquels elle s'adresse le désir d'en lire l'organe.

Il serait très souhaitable que les médecins qui dirigent nos grands périodiques scientifiques s'assurassent toujours des collaborateurs spécialistes, journalistes professionnels, assez bien rétribués pour pouvoir vivre de leur plume et desquels on pourrait exiger plus d'exactitude que de tant de collaborateurs occasionnels et amateurs.

Il faudrait développer chez les étudiants le sain esprit critique et le culte des « historiques » sincères. Mais l'historique devrait être banni de toutes les épreuves des concours qui se font de mémoire, car ils sont inévitablement inexacts.

Enfin tous ceux qui ont charge d'enseignement devraient faire les plus grands efforts pour inspirer aux étudiants le souci de l'exactitude scrupuleuse et les convaincre que si, dans l'ordre professionnel, toute vérité n'est pas bonne à dire, dans l'ordre scientifique, la plus belle devise pour le médecin est : *Vitam impendere vero.*

§ 4. INITIATION A LA PRATIQUE. — STAGE DE L'ETUDIANT CHEZ LE PRATICIEN. LES REMPLACEMENTS

Le docteur frais émoulu, qui n'a encore soigné que des malades à l'hôpital, même quand il sort de l'internat, à plus forte raison quand il n'a été qu'externe ou stagiaire, se trouve inévitablement quelque peu dépaysé quand il arrive aux prises avec la clientèle. Il l'était moins peut-être avant la Révolution, à l'époque où la coutume était que les aspirants médecins fissent une sorte d'*apprentissage* auprès d'un ancien.

Je l'ai dit, le stage hospitalier ne saurait être la préparation complète du médecin à la clientèle particulière qui l'attend. Après cinq ou six ans d'assiduité à l'hôpital, l'étudiant va changer de milieu : souvent la classe sociale qu'il va soigner devient d'emblée toute différente pour lui et le voilà mal armé pour un rôle auquel il se consacre depuis longtemps et se croyait préparé.

L'écueil était connu de nos pères : bien avant la Révolution, le futur praticien commençait par être l'élève volontaire d'un autre praticien, il en était l'apprenti et, pour ainsi dire, le *famulus*. S'il l'aidait à descendre de sa chaise, à monter sur sa mule, il l'accompagnait aussi dans sa clientèle. Diafoirus et Thomas, son fils et coadjuteur, venaient ensemble visiter le malade qui ne s'en trouvait nullement surpris.

Sans doute, l'apprenti était astreint à un travail modeste, mais, tout en nettoyant les instruments du maître, en rendant au client quelques humbles services, il apprenait les mille détails de la clientèle, voyait son maître agir, et se trouvait, par cette collaboration de tous les jours, naturellement amené à faire un bon praticien sans passer par cette transition si brusque que connaissent trop de nos jeune médecins actuels.

De nos jours, ce privilège, sous une forme plus attrayante sans doute, d'aborder le client de bonne heure, est encore le lot de quelques-uns d'entre les étudiants, fils ou neveux de praticiens estimés, dont la clientèle ne peut qu'applaudir à l'initiation de celui qui doit un jour continuer près d'elle l'œuvre paternelle ou parfois ancestrale du médecin de famille, dont le type se fait malheureusement chaque jour plus rare. A combien de jeunes gens qui viennent de conquérir leur parchemin peut-on rappeler cette spirituelle parole d'un père à son fils qu'il avait pourtant suivi et préparé à sa tâche future : « Te voilà docteur, il ne te reste plus qu'à devenir médecin ! »

Aussi l'étudiant a-t-il grand avantage, à la fin de sa scolarité, à faire quelques *remplacements de confrères* malades ou désireux de prendre des vacances : mais un remplaçant n'est pas un apprenti, il ne voit pas son

ancien agir, ne l'entend pas parler, ne peut, par conséquent, s'initier aux difficultés ; il les affronte seulement sur un terrain qui, en général, ne sera pas le sien plus tard, hormis des cas exceptionnels où il peut être appelé à succéder à celui qu'il remplace. L'avantage pour lui est que, s'il fait quelques maladresses, elles ne compromettront pas son avenir ; il est comme un apprenti tailleur qui ferait une mauvaise coupe dans du drap qu'il n'a pas acheté ; si le client n'est pas satisfait, c'est le patron qui en supportera les conséquences. Aussi n'est-ce jamais sans quelque appréhension qu'un praticien se fait remplacer par un étudiant, même recommandé pour son instruction et sa bonne tenue. Le remplacement a ses avantages, mais a aussi ses inconvénients pour le médecin remplacé. Celui-ci apprend généralement à son retour que, en son absence, sauf pour des cas urgents, ses clients se sont abstenus d'user du remplaçant, qui s'aperçoit souvent que ses avis ne sont reçus qu'avec méfiance.

Aussi l'idée est-elle venue à plus d'un praticien qu'il y aurait avantage à organiser *officiellement*, comme complément à l'enseignement de la Faculté et de l'hôpital, un *stage obligatoire* « chez un praticien expérimenté et honorablement connu, au choix de l'intéressé, sur une liste dressée chaque année par une commission compétente. Accompagnant son maître chez presque tous ses malades, revoyant seul les cas simples et sans gravité, le jeune stagiaire s'initierait vite, sans peine et sans péril pour lui et pour les autres, aux difficultés de la pratique. » Ainsi s'exprimait le docteur Dumas (de Lédignan), qui paraît avoir été le premier, en 1900, à lancer dans l'*Écho médical des Cévennes* cette idée qui a plus d'une fois été discutée depuis.

Un autre confrère, le docteur Lélu, aurait même souhaité que trois mois de l'année d'apprentissage fussent consacrés à un stage chez un pharmacien ou un médecin-pharmacien « pour apprendre à l'élève à manipuler les médicaments qu'il prescrira journellement, dont il ignore trop souvent la couleur, l'odeur, le goût, les incompatibilités et, chose parfois si importante pour la clientèle pauvre, le coût approximatif. » Et cette idée est aussi fort rationnelle.

Parmi les défenseurs de ce projet de stage, en 1910 le docteur Jean Masbrenier (de Melun) faisait valoir aussi de bonnes raisons ; fils de médecin, il disait : « Ceux d'entre nous qui ont trouvé derrière eux, à leurs débuts, un père pour leur enseigner ce qu'on avait omis de leur apprendre savent combien de fautes ou d'indécisions leur ont été épargnées ; mais les médecins débutants n'ont pas tous derrière eux, pour suppléer à l'expérience qui leur manque, un père ou un ami d'expérience sûre. » Le stagiaire apprendrait d'un médecin rompu aux difficultés de la pratique à disposer des ressources qu'on a sous la main et à manier d'autres médicaments que

ceux qui constituent la thérapeutique restreinte de beaucoup de services hospitaliers. Il pourrait s'initier aussi « à des questions essentielles concernant la déontologie et au côté matériel de la profession, la tenue des livres, la conduite même des chevaux et des autos qu'aucune Faculté n'enseigne et qui parfois embarrasse plus le débutant que les soins à donner à une fracture ou à une pneumonie. » Masbrenier faisait valoir aussi les avantages que cette réforme aurait pour les praticiens déjà un peu vieillis de pouvoir se faire soulager partiellement du fardeau excessif de la clientèle et, si le stagiaire était instruit, d'apprendre de lui de « de plus fraîches notions théoriques et la connaissance de plus d'une pratique nouvelle dont lui, médecin provincial, absorbé par sa clientèle, n'a que vaguement entendu parler. »

Le docteur Paul Vigne, appuyant cette proposition (1), indiquait même un plan d'organisation : créer des circonscriptions gravitant autour des Facultés et dans lesquelles les praticiens, présentant la garantie de six ou huit ans d'exercice effectif, dont trois au moins dans la dernière localité, informeraient la Faculté ou leur syndicat de leur désir de recevoir un stagiaire assistant; celui-ci s'interdirait toute clientèle personnelle et s'engagerait à ne pas s'installer ultérieurement dans une zone déterminée autour de la résidence du praticien, sans son assentissement.

Je dois dire que l'idée de ce stage m'a beaucoup séduit et que j'en ai parlé souvent dans mes causeries à l'hôpital. Mais la grave objection qui m'a toujours été faite est la répugnance vraisemblable des clients.

F. Helme (2) la croit insurmontable, « irréalisable en l'état de nos mœurs. Dans l'ancienne France, le secret professionnel, tel que nous le comprenons, n'existait pour ainsi dire pas. Relisez Ambroise Paré et vous verrez défiler une foule de seigneurs, de princes et de princesses, bien dûment nommés en toutes lettres avec leurs titres et qualités. Que la maladie fût ridicule ou non, qu'elle siégeât en haut de la tête ou en bas du siège, peu importait à ces braves gens, qui n'avaient point de respect humain... Nos pères admettaient très bien que leur cas servît à l'enseignement... Sous l'Ancien Régime, les médecins pouvaient bien emmener en ville leurs élèves ; car alors, semble-t-il, les clients acceptaient tout de celui qui les traitait. »

Toutefois J. Masbrenier pense autrement : « Les clients auraient bien tort de ne pas comprendre qu'ils ont tout intérêt à voir un médecin expérimenté doublé d'un autre ayant moins vu, mais plus au courant des travaux récents et pouvant le suppléer en cas d'urgence. » — Et P. Vigne : « On peut se demander si la clientèle s'accommoderait de cette situation,

(1) *Avenir médical*, 1910, n° 6.
(2) *Presse médicale*, 1912, n° 94.

si certains malades ne se trouveraient pas gênés par la présence d'un tiers accompagnant à leur médecin habituel. Il y a tout lieu de supposer que le public s'habituerait très vite à cet état de choses. Il est même probable que bien des malades intelligents se féliciteraient d'une innovation grâce à laquelle ils auraient auprès d'eux, sans charge supplémentaire, deux médecins susceptibles de corroborer entre eux leurs opinions. »

Au fond, je crois que les clients regarderaient cette innovation — ou plutôt ce retour à d'anciens usages — d'une manière très différente suivant les milieux sociaux : parmi les paysans et les ouvriers, s'ils avaient la certitude que les honoraires n'en fussent pas majorés, bon nombre s'accommoderaient de la réforme ; je crois même qu'elle serait acceptée par certaines familles des hautes classes, accoutumées à consulter beaucoup de médecins, mais ce serait dans la classe moyenne, la petite bourgeoisie, qu'elle rencontrerait une répugnance difficile à vaincre.

Des essais pourraient être tentés par des praticiens partisans de cette réforme ; mais il faudrait qu'ils le fussent sous le couvert de l'encouragement officiel des autorités universitaires ou avec l'appui hautement déclaré de nos associations corporatives ; autrement, il est probable que « si un de nos aînés s'avise de se faire assister dans ses visites d'un praticien à ses débuts, le bruit courra le jour même qu'ayant fait fortune dans la médecine il va céder sa clientèle, ou qu'il part en voyage pour un temps indéterminé, ou que sa santé décline au point de lui interdire l'exercice de sa profession. » (J. Masbrenier.)

REMPLACEMENTS

Actuellement, l'étudiant en fin de scolarité ou le jeune docteur ne disposent donc encore pour s'initier à la pratique que du vieux système des remplacements de praticiens malades ou désireux de prendre des vacances.

Pour les étudiants, ils doivent avoir 16 inscriptions, même s'ils sont internes, et être *autorisés par le préfet pour une durée de trois mois ;* après lesquels l'autorisation doit être renouvelée.

Le plus souvent le praticien s'abouche avec son remplaçant par l'intermédiaire d'un confrère, ou d'une annonce d'un journal de médecine, ou le bureau d'un Syndicat.

Les conditions pécuniaires sont variables : la meilleure est un honoraire fixé, proportionnel à l'importance de la clientèle, au degré d'instruction du remplaçant, à la durée du remplacement, ou bien un prélèvement sur le prix des visites faites (système moins avantageux pour le remplaçant,

quand les clients, pour une raison quelconque, ne trouvent pas celui-ci à leur gré et ne l'acceptent que pour les cas urgents).

Le remplaçant doit avec une conscience stricte donner tout son temps à la clientèle du confrère et justifier la confiance placée en lui, faire preuve de zèle et de tact et s'efforcer que la clientèle n'ait pas à regretter l'absence du titulaire, *se bien garder de critiquer les diagnostics et les traitements de celui-ci; il ne doit pas non plus laisser passer sans protester des allusions désobligeantes pour l'absent.*

Un remplaçant s'interdit, même sans convention spéciale, de s'installer ultérieurement près du médecin qui l'a fait venir sans son consentement; si celui-ci vient à succomber, le remplaçant ne peut continuer qu'avec l'autorisation formelle des héritiers et après entente avec eux.

Il doit rester sourd aux conseils même les plus pressants donnés par certains clients du remplacé. « Vous avez toutes chances pour réussir dans le pays, où vous plaisez à tout le monde. Vous êtes jeune, actif; le confrère que vous remplacez est un excellent homme, il a été très bien autrefois, mais il commence à se fatiguer », etc. Ainsi parlent souvent des mères de famille ayant des filles à marier et désireuses de trouver un gendre médecin.

Malheureusement il est arrivé que quelques indélicats aient cédé à des tentations de ce genre.

Aussi les médecins qui se font remplacer prennent-ils quelquefois la précaution, légitimée par les incorrections susdites, de faire signer au remplaçant l'*engagement écrit* de ne point s'installer dans un périmètre déterminé de la localité où ils exercent, mesure préventive qui a permis dans quelques cas au confrère lésé d'intenter avec succès une action en dommages-intérêts au remplaçant. Car il est indiscutable qu'un docteur en médecine ne peut venir exercer dans une localité qu'avec l'agrément formel du confrère qu'il y a remplacé ou après avoir acheté sa clientèle.

CHAPITRE VIII

Recrutement du corps enseignant.

§ 1. — LA QUESTION DES CONCOURS. — AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS. — CONCOURS D'AGRÉGATION. — RECRUTEMENT COLLATÉRAL DES AGRÉGÉS PAR L'ENSEIGNEMENT LIBRE.

Les concours jouent en France un rôle si considérable dans notre monde médical et ils ont donné lieu à de si violentes polémiques qu'il est indispensable d'en discuter les avantages et les inconvénients.

Il convient de distinguer deux catégories :

1° Ceux qui sont antérieurs au doctorat, se font entre étudiants et ne créent que des avantages scolaires ;

2° Ceux qui se font entre docteurs, soit en vue d'entrer dans le personnel enseignant de l'Université, soit pour obtenir la fonction de médecin, chirurgien ou spécialiste dans les hôpitaux de Paris et des grandes villes, ou d'autres fonctions publiques dévolues aux médecins.

Les premiers, concours pour l'externat et l'internat, créés par l'Assistance publique à Paris et les autres administrations hospitalières provinciales, pour assurer aux médecins et chirurgiens un personnel d'assistants instruits et zélés, ont aussi pour effet de créer entre les étudiants de l'émulation et de mettre à la portée de ceux qui les ont subis avec succès, sous la forme d'un contact plus aisé et plus prolongé avec les malades, des moyens d'instruction professionnelle supérieurs à ceux qu'offre aux autres (les stagiaires) l'organisation scolaire de l'État. Peu de protestations se sont élevées contre ces concours ; quelques critiques ont seulement proposé d'admettre aux fonctions d'externes tous les étudiants, le concours ne servant qu'à établir un classement pour le choix des places. Mais, pour atteindre ce résultat, il faudrait multiplier beaucoup le nombre de celles-ci, ce que ne peut guère faire l'Assistance publique, à Paris du moins, sous peine d'augmenter les crédits affectés à ces fonctions ou de supprimer la

rétribution qui y est attachée : solution qui serait regrettable ; car, si modeste qu'elle soit, encore qu'on vienne de l'augmenter, l'indemnité attribuée aux externes et aux internes a rendu dans le passé et rendra toujours de grands services aux étudiants peu fortunés.

Les critiques légitimes qu'on peut objecter à ces concours à Paris, c'est le trop long temps qu'ils prennent, à cause du nombre considérable des candidats, ainsi que l'étendue et le vague des programmes.

Pour le concours d'externat, où le nombre des candidats n'est pas excessif par rapport à celui des places, qui est abordé par des étudiants dans les débuts de leurs études, alors qu'ils ne sont pas encore, en général, connus de leurs juges, on n'a pas incriminé l'impartialité de ceux-ci ; aussi a-t-on continué à ne laisser que des épreuves orales.

Pour celui de l'internat, les places à prendre ne correspondent guère qu'au quart des candidats inscrits, et, les avantages de la place étant plus grands, la porte a été ouverte au soupçon de favoritisme ou de népotisme de la part des juges : un certain nombre de candidats ont déjà été les élèves des juges que le sort a désignés, d'autres peuvent leur avoir été recommandés par des personnages influents. Comme garantie d'impartialité, avant la guerre la Société des hôpitaux a demandé l'*anonymat des épreuves écrites éliminatoires,* tel qu'il existe pour le concours des médecins des hôpitaux, de telle sorte que, si la partialité doit se manifester, ce ne peut être que pour les épreuves orales (1). Il était pourtant impossible d'aller plus loin en fait de garanties, à moins de séparer les juges des candidats par une cloison et de laisser ignorer au jury les noms de ceux qui passent leur épreuve ; encore pourrait-on en reconnaître quelques-uns au son de la voix ou à la prononciation. Mais que de temps est consacré (trois mois au moins par an à Paris) à ce concours, tant le nombre des candidats augmente! Ici, comme en tout ce qui concerne les étudiants en médecine de Paris, on ne peut que déplorer leur nombre excessif.

Si peu de médecins ont demandé la suppression des concours pour l'externat et l'internat, des protestations se sont élevées contre les concours pour les fonctions de chefs de service dans les hôpitaux, de bien plus violentes encore contre celui de l'agrégation.

Il y en avait aussi contre le recrutement des chaires de professeurs par le concours avant l'époque où ce recrutement a été rendu à l'élection. Notons que bien peu de protestations ont été élevées contre les concours en vue des fonctions de chefs de clinique, d'aides d'anatomie et de prosecteurs, sans doute parce que celles-ci ne confèrent que des avantages médiocres,

(1) Cette réforme devait jouer en 1915, mais je ne sais si elle doit être appliquée encore cette année pour les candidats revenus des armées.

ne sont que des échelons vers les plates-formes si enviées qui assurent des avantages professionnels incontestables.

Si on cherche à analyser de quels éléments se composent les médecins qui critiquent les concours, on les trouve fort disparates. Il y a ceux qui, y ayant pris part sans succès, regrettent naturellement les années qu'ils ont perdues et maudissent l'institution, sinon en principe, du moins sous la forme qui ne leur a pas été favorable ; ils regrettent telle épreuve qui a été abolie, voudraient voir supprimer telle autre, s'en prennent à la partialité des juges. A ceux-là, qu'il faut plaindre, on ne peut que répondre que, quand ils se sont engagés dans cette lutte, ils en connaissaient les mauvaises chances.

Il y a ceux qui, ayant déjà fait partie de la première sélection de l'internat, voient avec envie quelques-uns de leurs camarades s'élever, grâce à un concours qu'ils n'osent affronter, à une sélection supérieure. Rien à répondre à ces purs envieux.

Il y a des médecins hostiles à toute inégalité, qui voudraient que tout docteur en médecine pût, s'il le désirait, participer au traitement des malades dans les hôpitaux ou à l'enseignement de la médecine ; ceux-là protestent contre la création dans le corps médical d'une caste, d'une sorte d'aristocratie estampillée, ayant des intérêts particuliers et hostile à la majorité des autres praticiens, envisagée comme un prolétariat de la profession (F. Boé). On peut répondre à cette dernière critique que les fonctions hospitalières et celles de l'enseignement, de quelque façon que soient recrutés leurs titulaires, par la faveur ou par l'élection, créeront toujours une catégorie de médecins plus avantagés et qu'à moins de supprimer ces fonctions ou d'y faire passer par roulement tous les praticiens, supposés tous également aptes à les remplir, il y aura toujours une catégorie favorisée, une élite que pourront envier les prétendus prolétaires.

Parmi les critiques des concours actuels il y en a qui, ayant réussi au concours pour les hôpitaux, le trouvent acceptable, mais ayant échoué à celui de l'agrégation, l'attaquent, sinon dans son principe, du moins dans sa forme, ou qui même ne critiquent que la composition du jury, non la modalité des épreuves, s'estimant victimes de la partialité de tel ou tel juge.

Il y a aussi dans la presse des critiques qui n'ont vu que l'occasion d'assouvir des animosités personnelles ou de servir les rancunes de leurs amis.

Ces diverses catégories de critiques intéressés éliminées, il reste le groupe des adversaires désintéressés des concours en général et des concours de médecine en particulier. C'est avec ceux-ci seulement qu'on peut examiner de sang-froid si les concours sont nuisibles en eux-mêmes ou du moins s'ils ont plus d'avantages que d'inconvénients (car y a-t-il une institution humaine qui en soit exempte ?), si on doit souhaiter leur suppression, si

même elle est possible, ou s'ils ne sont nuisibles que quand ils sont mal organisés.

S'il suffisait pour avoir raison d'une institution de l'attaquer avec esprit ou avec violence, les contemporains auraient ruiné celle des concours ; car dans les polémiques auxquelles ceux-ci ont donné lieu depuis quelques années les écrivains qui y ont pris part ont déployé à la fois l'une et l'autre. « En France, disait en 1907 un homme de lettres connu, O. Mirbeau, tout commence et tout finit par des concours. Et qui dit concours dit truquage, marchandage, injustice. » Parti sur ce ton, il énumérait avec brio tout ce qu'on met au concours, depuis les prix de musique au Conservatoire jusqu'aux primes accordées par des jurys aux animaux gras de la race porcine (!) en passant par les fonctions d'interne et de médecin dans les hôpitaux, d'agrégé dans les Facultés de médecine ; le journaliste n'était pas d'ailleurs tout à fait documenté sur le recrutement de la Faculté, puisqu'il attribuait au concours le niveau des professeurs, qu'il jugeait médiocre, ne paraissant pas savoir que ceux-ci sont issus d'une élection. La lecture de l'article montre aisément d'ailleurs qu'il était l'écho ou l'instrument d'un médecin connu pour l'ardeur avec laquelle il combattait les concours de l'agrégation, surtout ceux qui étaient présidés par un de ses ennemis personnels, et l'organisation de la Faculté à laquelle il aurait voulu appartenir. Pourtant on trouve dans cet article de presse les arguments principaux des adversaires des concours : « Ils prolongent à toute la vie la période scolaire la subordination d'élève à maître, le gavage livresque quasi mécanique des cerveaux rendant impossible aucun travail personnel créateur, l'énervement des esprits et des caractères qu'il abaisse, en éliminant les caractères indépendants, les mérites supérieurs au profit des médiocrités. »

Je n'examinerai pas si les concours en général sont inutiles ou nuisibles pour beaucoup de fonctions sociales. L'histoire met en évidence que c'est une institution essentiellement démocratique, qui n'est apparue en France qu'après la Révolution, quand l'ancien principe du choix arbitraire par le Souverain, ou ses délégués plus ou moins lointains, fut tombé sous la réprobation publique. Si en principe on cherchait le plus digne, nous avons dans nos classiques les témoignages de protestations contre les mauvais choix.

> La faveur l'a pu faire autant que le mérite.
>
> (CORNEILLE.)
>
> Il fallait un calculateur, ce fut un danseur qui l'obtint.
>
> (BEAUMARCHAIS.)

En fait, comme une sélection est indispensable quand il s'agit d'attribuer des places en nombre limité pour lesquelles se présentent de beaucoup plus nombreux compétiteurs, si l'Ancien Régime ne connaissait que l'achat

ou le choix, le régime démocratique ne peut admettre que l'élection ou le concours. En dehors des délégués aux fonctions de représentant du peuple, depuis les conseillers municipaux, sénateurs et même jusqu'au chef de l'État (dans les conditions où il est l'Élu du peuple entier), on ne peut concevoir l'élection d'un spécialiste compétent à une fonction autrement que par des personnes occupant ou ayant occupé cette fonction, puisque seuls ils peuvent apprécier les qualités ou connaissances qu'elle exige; mais l'élection n'est applicable que si les candidats sont assez peu nombreux pour que chacun d'eux puisse être connu de tous les électeurs. On comprend qu'un professeur de Faculté puisse être choisi à l'élection par le corps des professeurs entre deux ou trois ou dix candidats, qui d'ailleurs ont déjà rempli longtemps comme agrégés les fonctions professorales ; mais comment nommer deux ou trois médecins ou chirurgiens d'hôpital parmi une centaine de docteurs en médecine qu'on n'a jamais vus s'acquitter des fonctions hospitalières ? ou une demi-douzaine d'agrégés parmi une trentaine de médecins qu'on n'a jamais entendus professer ?

On tourne la difficulté dans beaucoup de pays étrangers en exigeant des candidats un examen qui confère le droit à l'enseignement libre (avec le titre de *privat docent*) et c'est parmi ceux qui ont rempli ces conditions que la *faveur* d'un ancien maître ou la majorité des membres de l'Université choisit un nouveau professeur extraordinaire ou ordinaire, — à moins qu'une nomination ne soit imposée par le ministre ou le chef de l'État. Il ne semble pas que ce mode de recrutement abaisse moins les caractères ; on ne peut raisonnablement admettre que le népotisme, le favoritisme, les influences politiques ou religieuses ne soient pas d'un lourd poids dans la balance des mérites, et je suis convaincu que, dans notre pays frondeur et égalitaire, un système pareil ne tarderait pas à soulever des récriminations et des protestations plus vives encore que celles que nous avons entendues contre nos concours.

Et d'abord quels résultats ont-ils donnés ?

Quand on considère sans parti pris la composition de la Faculté et celle du Corps médico-chirurgal hospitalier, on n'y trouve aucune non-valeur ; on regrette seulement de n'y pas voir figurer certains hommes d'un mérite égal peut-être, ou même supérieur, à quelques-uns de ceux qui leur ont été préférés ; ces hommes de valeur qui n'ont pas pu y pénétrer ont eu, soit la mauvaise chance de se trouver en compétition avec des candidats dont les maîtres étaient en même temps les juges (ce qui doit nous faire désirer certaines réformes dans le choix des jurys), soit, à côté de mérites incontestables, l'absence de quelques autres qualités requises, « à commencer par la patience », comme disait Juhel-Renoy. Ces candidats évincés eussent d'ailleurs été nommés si les places à donner eussent été plus nombreuses.

Ce qui est défectueux, ce n'est pas le principe du concours, c'est son organisation ; ce qui est regrettable, c'est « la pénurie des places à distribuer et l'impartialité si douteuse des juges ».

En effet, le nombre des candidats *à peu près également* dignes de remplir chaque place est tel qu'on pourrait presque tirer au sort parmi une demi-douzaine d'entre eux, sans risquer de faire un mauvais choix. Dans ces conditions, la conscience de tel ou tel juge se trouve à l'aise pour donner la préférence, parmi ces candidats de mérite égal, à celui qu'il a eu pour élève, pour collaborateur souvent, qui a adopté ses doctrines ou vulgarisé ses méthodes, même s'il a fléchi dans telle ou telle épreuve, ayant d'ailleurs un passé imposant de travaux ou une originalité indiscutable. « En réalité, et bien que cela semble paradoxal, l'injustice dans nos concours n'est qu'apparente ; elle serait même salutaire parfois puisque, par elle seulement, on remédie aux coups du sort aveugle. C'est grâce à la partialité du jury que Charcot fut nommé, malgré de pitoyables épreuves ; de même pour Hanot. Ces deux noms semblent suffisamment représentatifs ». (F. Helme.)

Le vice fondamental des concours médicaux est que les maîtres puissent juger leurs élèves dans une matière où les questions de doctrines et d'écoles jouent un rôle si considérable. J'imagine qu'un concours entre mathématiciens prêterait peu à discussion au sujet de la supériorité de tel ou tel candidat ; en médecine, où non seulement l'élément scientifique et l'érudition, mais l'élément artistique (la composition, la forme oratoire) entrent en jeu, comment espérer que le juge ne préférera pas, de très bonne foi, le concurrent qu'il a formé lui-même et en qui il espère voir le continuateur de sa tradition personnelle, le défenseur de ce qu'il croit être la vérité ? On a bien récusé les proches par le sang : mais plus chers souvent nous sont les proches par la doctrine.

Malheureusement, je ne crois pas qu'on ait jamais sérieusement cherché à éliminer ce vice fondamental ; le tirage au sort du jury parmi un nombre de juges si limité ramène presque toujours alternativement l'un ou l'autre des chefs d'école de chacune de nos Facultés. Il faudrait, si cela était possible, que les candidats à l'agrégation d'une Faculté ne pussent être jugés que par les professeurs d'une autre, les aspirants aux hôpitaux d'une ville par le corps médical d'une autre. Encore n'est-il pas bien sûr qu'il n'y aurait pas place pour quelque partialité, puisque à chaque époque le mouvement médical est dirigé par quelques hautes personnalités qui font écoles, et ceux qui se rattachent à l'une ou à l'autre auront toujours tendance à préférer les candidats de la même famille doctrinale. Lorsque vivaient Charcot, Bouchard, Cornil, Brouardel, Landouzy, Grasset, la plupart des juges possibles étaient disciples des uns ou des autres.

Quant à la pénurie des places, en présence de la pléthore des candidats, on pourrait y remédier en multipliant le nombre des places de médecins, chirurgiens, accoucheurs et spécialistes des hôpitaux à Paris et dans les grandes villes, où l'abondance des malades surcharge les services, qui pourraient être aisément dédoublés.

On triplerait le nombre des agrégés avec grande utilité pour l'enseignement, qui a besoin, pour être fructueux, que chaque maître n'ait pas un nombre excessif d'élèves, afin de pouvoir exercer sur eux une action plus efficace.

La difficulté serait, pour les Administrations des hôpitaux comme pour les Facultés, de trouver des crédits suffisants, mais elle serait résolue de par la liberté qui pourrait être accordée, aux chefs de service comme aux agrégés, de se faire rémunérer par leurs élèves.

Je viens à l'objection la plus forte qui ait été faite contre les concours tels qu'ils existent chez nous : l'épuisement hâtif qu'ils apporteraient à ceux qui s'y préparent et qui usent leurs forces à cultiver, jusqu'à ce qu'ils aient été nommés, l'érudition et la forme oratoire, au lieu de se consacrer à des recherches personnelles.

Elle contient une part de vérité, bien qu'elle ait été très exagérée à mon avis : en passant en revue ma génération et celles qui m'ont suivi, je me persuade que tous ceux qui avaient une véritable disposition aux recherches personnelles ont trouvé toujours moyen de s'y adonner, malgré la tyrannie des concours. Ceux que la vocation appelait au laboratoire ont su s'y faire la place que réclamait leur valeur. Quand un médecin a la bosse de la recherche originale, il arrive toujours à se satisfaire, plus ou moins facilement; il renonce plutôt aux concours qu'au cher « labo ».

D'ailleurs, à la part de vérité contenue dans l'objection a répondu la création, il y a quelques années, d'un examen prenant place après le Doctorat et dispensant les futurs candidats à l'agrégation de se tenir indéfiniment en haleine par l'obligation de refaire à chaque concours les épreuves d'érudition. Cet examen préliminaire une fois subi, tout futur candidat à l'agrégation pourvu du *Certificat d'aptitude à l'enseignement des sciences médicales*, supprimant les anciennes épreuves d'admissibilité qui obligeaient les candidats à refaire sans cesse la preuve de leurs connaissances générales, peut se livrer aux recherches particulières qui lui conviennent et, grâce à la multiplicité des sections de l'agrégation, il peut se spécialiser jusqu'au jour où il désire prendre part au concours pour la spécialité de son choix. Les épreuves d'agrégation étant réduites à un minimum, le concours est devenu un véritable concours sur titres. « Au certificat d'aptitude s'arrête pour le candidat l'acquisition du travail des autres; ce certificat obtenu, il ne lui reste plus qu'à produire du travail personnel. » Ainsi s'est

exprimé Bouchard, qui a réussi à faire admettre, en 1906, cette modification au concours, réforme qu'il préconisait depuis 25 ans, après une lutte extraordinaire, qui restera une preuve saisissante de l'influence des mots et qui restera inintelligible pour nos descendants, s'ils ignorent les conditions dans lesquelles cette réforme a pris naissance.

Le parrain de la réforme avait proposé de nommer l'examen Certificat d'Études médicales « *supérieures* » : ce mot suffit à déchaîner les protestations d'un grand nombre de médecins, qui crurent qu'on proposait de créer un nouveau diplôme, supérieur à celui de docteur, pouvant conférer à qui l'aurait des avantages en vue de la clientèle au détriment de tous les simples docteurs, menacés ainsi de devenir une catégorie de médecins de seconde classe, tels qu'étaient les officiers de santé avant la loi de 1892.

Cette crainte était injustifiée, puisque ce certificat ne conférait pas d'autre droit que celui de prendre part à un concours en vue de l'enseignement, auquel ne songent pas *cent* docteurs sur *mille*. Il est fort probable que la levée de boucliers dont nous avons alors été spectateurs contre la réforme proposée, — ou plutôt contre l'étiquette de *supérieures* appliquée à des études qui sont réellement d'ordre scientifique plus élevé que le programme du doctorat professionnel, — ne se serait pas produite ou aurait pris fin dès les premières explications fournies, si le parrain de la réforme n'avait été, pour des raisons inconnues du public, mais dont pourrait témoigner encore plus d'un vivant, l'objet d'animosités personnelles et de haines jusqu'alors impuissantes, qui trouvèrent une occasion de se déchaîner en une campagne de presse formidable. Mais, quand *l'étiquette* eut été supprimée, l'utilité dudit examen était si évidente que la Commission de réforme des Études médicales fut unanime à l'adopter.

RECRUTEMENT COLLATÉRAL DES AGRÉGÉS PAR L'ENSEIGNEMENT LIBRE

Tout en acceptant l'utilité du concours comme moyen principal de recrutement d'un corps professoral indépendant des influences extérieures à la médecine, politiques ou religieuses, je pense que c'est une base trop étroite pour édifier tout l'enseignement et qu'il serait indispensable de créer d'autres portes d'accès à celui-ci, en admettant à l'enseignement officiel des hommes choisis à cause de leurs travaux ou parce qu'ils auraient fait dans l'enseignement libre la preuve d'aptitudes spéciales.

« La Faculté devrait avoir le droit d'aller chercher les talents partout où ils se trouvent. » (F. Helme.)

En effet il est des médecins qui, à l'âge où la plupart des candidats à

l'agrégation doivent marquer leur place dans les rangs, s'en sont vus écartés pour des raisons de santé, la nécessité de se consacrer à la clientèle afin d'assurer leur pain, mais qui, quelques années plus tard, ayant triomphé de ces difficultés, se sentent la vocation d'enseigner et en font la preuve, soit comme médecin d'hôpital, soit comme professeur libre. Ces hommes se révèlent quelquefois en peu d'années comme des maîtres utiles, égaux et même supérieurs à quelques-uns de ceux que l'agrégation a couronnés et qui n'ont pas tenu les promesses que semblaient avoir fait espérer leurs épreuves de concours.

On ne saurait en effet trop insister sur ce point : on ne peut juger les qualités d'un professeur que quand il a professé, non pas quelques heures sur quelques sujets déterminés, mais plusieurs mois ou plusieurs années sur diverses matières. Tel agrégé soumis à cette épreuve se révèle insuffisant à sa tâche unique qui est d'enseigner avec fruit et, s'il n'a pas réussi à en faire la preuve, il vaudrait mieux, dans l'intérêt des étudiants, qu'il descendît de la chaire.

C'est même un argument à mon sens contre la pérennité de l'agrégation accordée d'emblée. Qu'un agrégé utile soit conservé jusqu'à la limite d'âge, c'est justice ; un agrégé insuffisant ne devrait pas grever le budget d'une Faculté au delà du nombre d'années auquel son concours lui donnait droit.

A côté du recrutement par le concours, il faudrait un recrutement collatéral et complémentaire, par un choix portant sur des professeurs libres ayant déjà fait leurs preuves et qu'on pourrait d'ailleurs n'investir définitivement du titre d'agrégé, ou même d'un autre comme celui d'ASSOCIÉ, *qu'après leur avoir confié un enseignement* officiel pendant un ou deux semestres.

Ces associés devraient pouvoir être candidats aux chaires professorales au même titre que les agrégés.

J'avais fait dans ce sens à la Commission supérieure des réformes une proposition, qui a été écartée presque sans discussion, tant le privilège des agrégés paraît intangible aux membres actuels du corps enseignant qui en sont tous issus.

§ II. — CONCOURS POUR LES HOPITAUX. — PROJETS DE RÉFORME

Pour le *concours des hôpitaux*, on a proposé de créer aussi un certificat de connaissances générales qui pourrait être conféré, *après examen* à la sortie de l'internat, aux anciens internes désireux de prendre part au concours, afin de créer une sélection, de diminuer le nombre des candidats et de permettre à ceux-ci de ne pas ressasser toujours les matières d'érudition ; d'ailleurs, l'admissibilité conférée par une première catégorie

d'épreuves dispensant de celles-ci les candidats qui l'ont acquise, a rendu à ceux-ci depuis quelques années une beaucoup plus grande liberté de travail personnel.

Il reste à obvier aux terribles critiques relatives à la partialité des juges et c'est ici que nulle réforme n'a réussi à satisfaire tout le monde. L'anonymat des épreuves théoriques éliminatoires offre une évidente garantie, mais pour les épreuves cliniques et orales, comment empêcher la « cote d'amour » et les « coalitions » ?

Louis Brocq a publié, en 1917, une remarquable étude sur les améliorations possibles dans le recrutement et l'organisation du personnel médical des hôpitaux de Paris (1).

Actuellement, quand un médecin a subi victorieusement les épreuves du concours, il est inscrit avec le titre de médecin des hôpitaux à la suite de ceux qui ont été nommés avant lui et sa fonction consiste pendant quelques années à suppléer à tour de rôle les collègues titulaires des services pendant leurs vacances ou leurs maladies ; le hasard seul décide les hôpitaux dans lesquels il exercera ces suppléances de quelques semaines ou de quelques mois : médecine générale, enfants, vieillards ou autres spécialités ; à vrai dire, depuis un certain temps, l'usage s'est établi que pour les services spéciaux ceux qui les désirent les obtiennent de préférence, du consentement de leurs collègues et de l'Administration. Mais, quand une place de chef de service titulaire devient vacante dans un hôpital quelconque, le plus ancien des médecins inscrits sur la liste des médecins des hôpitaux non encore atteints par la limite d'âge, a le droit de la prendre si elle lui convient, même s'il s'agit d'un service consacré à une spécialité dont il ne s'est jamais occupé jusqu'alors ; c'est ainsi qu'on a pu voir un chef de service d'un hôpital de médecine générale, qui s'était surtout adonné à l'étude des maladies du système nerveux, choisir à plus de cinquante ans un hôpital d'enfants et, quelques années plus tard, un hôpital de dermatologie ; il a fallu naturellement un certain temps à ce médecin pour s'initier à ces études nouvelles et ces choix imprévus ont écarté des collègues moins anciens, mais familiarisés dès longtemps avec ces spécialités, au préjudice non seulement de ceux-ci, mais des malades et des étudiants.

Le remède à cette situation n'est pas, comme l'Administration aurait tendance à le faire, d'organiser pour toutes les spécialités anciennement desservies par les médecins des hôpitaux, des concours spéciaux, ainsi qu'elle l'a fait pour les spécialités plus récemment consacrées : otorhinolaryngologie, psychiatrie, électrothérapie, radiologie. Il y aurait avantage,

(1) *Bulletin médical.*

pour maintenir le niveau de l'instruction générale, à ce que tous les spécialistes futurs eussent d'abord subi le sévère concours de médecine générale, puis fussent admis à s'inscrire comme candidats dans telle ou telle section (pédiatrie, neurologie, gynécologie, dermatosyphiligraphie), pour y subir les épreuves définitives qui consisteraient en des concours spéciaux. Ils seraient alors médecins titulaires des hôpitaux, mais inscrits dans la section spéciale pour laquelle ils auraient concouru et n'en pourraient jamais changer.

En attendant que notre Société et l'Administration prennent le parti d'adopter une mesure aussi radicale, on pourrait à l'issue de chacun des concours actuels exiger que les nouveaux nommés déclarent s'ils entendent se spécialiser, et dans l'affirmative, les inscrire dans les sections de leur choix ; pendant les quelques années où ils ne font que des suppléances, ils auraient le temps de parfaire les études spéciales qu'il faut avoir faites pour prétendre légitimement à la direction d'un service spécial, études qu'ils auraient la plupart du temps commencées avant d'être nommés aux hôpitaux et, pendant le temps de leur stage, ils seraient exclusivement affectés aux remplacements des chefs de service de leur spécialité. Au moment du choix des places de titulaires vacantes, suivant qu'elles ressortiraient à la médecine générale ou à une spécialité, il y aurait un double roulement par rang d'ancienneté de nomination, un pour les médecins non spécialisés, un autre pour ceux qui seraient inscrits dans les sections de spécialités. On aurait ainsi des médecins compétents à la tête des services spéciaux. Il resterait à fixer dans chaque section le nombre de médecins dits du Bureau central, proportionnel aux besoins du recrutement de ces services et de leurs suppléants ; on le pourrait en se basant sur le nombre d'années qui sépare chacun des titulaires actuels de leur limite d'âge : l'élément inconnu serait l'inégale fréquence des décès avant cette limite, mais il est peu important.

Brocq a proposé aussi des modifications au mode de concours en vue d'obtenir non seulement des juges compétents, mais un jury impartial. « Pour que le jury soit impartial, il faut qu'il soit composé d'un nombre de juges assez considérable pour que l'action des chefs d'un candidat puisse être neutralisée et pour que les nominations ne puissent pas être la conséquence de combinaisons arrivant à détenir la majorité. »

Il a passé en revue six solutions possibles et retient les suivantes :

1° Jury constitué par tous les médecins des hôpitaux chefs de service et par les médecins honoraires valides ;

2° Jury constitué par tous les médecins honoraires des hôpitaux valides, par les jeunes médecins des hôpitaux non encore placés, et par un nombre restreint de médecins chefs de service désignés par le sort ;

3° Chaque année on tirera au sort un certain nombre de médecins chefs de service des hôpitaux (30 par exemple, pas moins de 20, pas plus de 40), qui constitueront le jury de l'année : tout médecin tiré au sort deux ans de suite ne fera pas partie du jury pendant deux ans au moins.

Pour parer aux difficultés inhérentes au choix et à l'examen des malades et des questions, on nommerait au sein de ce jury un jury restreint de neuf membres, avec addition d'un chirurgien, mais les épreuves seraient passées devant tous les membres du jury, qui voteraient les points.

4° Enfin, une solution complètement nouvelle consisterait en un jury constitué par les *candidats* au titre de médecins des hôpitaux, présidé et dirigé par trois ou cinq médecins chefs de service désignés par le sort. Mais pour éviter l'excès de candidats on n'admettrait à concourir que les anciens externes et internes des hôpitaux de Paris, en établissant parmi eux une gradation d'après laquelle les internes lauréats ayant fait leur quatre années pourraient concourir aussitôt après leur thèse, les internes ordinaires après un an de doctorat, ceux qui n'auraient fait que trois ans, deux ans ou un an, étant reculés d'un nombre d'années proportionnel aux années d'internat non accomplies, enfin les externes devant attendre neuf ou dix ans après leur thèse pour s'inscrire. D'ailleurs, on ne pourrait plus se faire inscrire à partir de 40 ans. — Le nombre des concurrents étant ainsi limité, le président et les assesseurs chefs de service choisiraient les questions théoriques et examineraient les malades destinés aux épreuves cliniques, des juges-candidats tirés au sort à chaque séance argumentant les épreuves et votant avec les juges chefs de service.

Ce système, que je regrette de ne pouvoir analyser dans tous ses détails, minutieusement étudiés par l'auteur, est passible de diverses objections que lui-même énumère, mais il est une tentative très originale pour introduire dans la composition du jury un élément capable de combattre le favoritisme et peut-être de donner satisfaction à l'opinion publique des candidats.

§ III. — DES QUALITÉS PROFESSORALES ET DU RECRUTEMENT DES PROFESSEURS. — UTILITÉ D'UN CONSEIL SUPÉRIEUR PERMANENT DE DIRECTION DES ÉTUDES

Ce que j'ai dit de la nécessité d'un double enseignement de la médecine ou plutôt de deux enseignements parallèles dans nos Facultés, un haut enseignement scientifique et un enseignement plus spécialement professionnel, conduit à la conception de *deux catégories de professeurs,* qui se distingueraient par des qualités différentes, qualités assez rarement associées dans le même homme.

Le maître chargé du haut enseignement se conçoit naturellement comme

un savant, un chercheur original, ayant fait progresser la branche spéciale à laquelle il s'est consacré, chef d'école, qu'on diminuerait en l'obligeant à restreindre l'exposé de ses travaux personnels et des déductions qu'ils entraînent dans les limites d'un cours aboutissant à un examen ; ce maître ne peut que parfaire l'instruction des candidats au doctorat ou des docteurs qui eux-mêmes aspirent à l'enseignement ou à la recherche scientifique personnelle. A celui-là on pardonnera volontiers l'absence des qualités à proprement parler didactiques ; pourvu qu'il soit à l'avant-garde de la science, qu'il ouvre des horizons nouveaux, il importe relativement peu qu'il n'ait pas les dons de l'enseignement, qu'il soit peu enclin à faire des sacrifices pour s'attacher son auditoire. — Au contraire, le maître, qui se charge d'instruire les étudiants de l'état actuel de la science et en les mettant en mesure de subir avec succès dans les délais réglementaires leurs examens probatoires, de les préparer à exercer leur profession, doit avoir un ensemble de qualités, sans lesquelles, malgré la plus haute valeur scientifique, il sera impropre à sa tâche.

La première de ces qualités est d'aimer enseigner, d'*aimer l'enseignement en lui-même,* et non pas seulement de désirer faire connaître ses idées ou ses travaux personnels. Tel qui est tout disposé à s'étendre longuement sur ses propres recherches, mais qui passe rapidement sur les notions courantes et les faits indiscutés, ne peut donner satisfaction à un jeune auditoire, auquel il faut exposer les questions avec leur valeur proportionnelle dans l'édifice scientifique actuel, sans exagérer l'importance de certains points de vue particuliers. Aimer enseigner suppose qu'on veut avant tout conquérir son auditoire, fixer son attention de la manière la plus captivante, le tenir en haleine jusqu'au bout de la leçon afin que chacun des auditeurs emporte dans son esprit les notions fondamentales et leur enchaînement. Pour atteindre ce but il faut s'astreindre à une méthode dont les lois fondamentales sont la clarté, l'enchaînement rigoureux des faits, l'attribution à chacun d'eux de sa valeur exacte dans l'ensemble de la démonstration, la préoccupation incessante d'être intelligible à chacun des auditeurs, même et surtout aux moins intelligents et aux moins zélés.

Ce professeur comprenait bien sa mission qui disait : « Quand je commence ma leçon, je cherche parmi mes auditeurs le visage le plus morne, la physionomie la moins éveillée ou la moins bienveillante et je ne le quitte plus des yeux ; c'est pour lui que je parle. Je varie mes termes, mes démonstrations jusqu'à ce que j'aie pu saisir sur les traits de cet auditeur mal doué cette modification, ces détails d'expression, ce mouvement d'assentiment qui me prouvent que j'ai réussi à entrer en communication avec lui ; à ce moment j'ai le sentiment d'avoir tout mon auditoire en main. »

Un tel maître, convaincu que son but est d'instruire et non d'éblouir, ne s'inquiétera pas de polir de brillantes périodes, de chercher les grands mouvements d'éloquence; il n'aura pas besoin de ces dons physiques qui séduisent les grandes assemblées, d'une voix mélodieuse ni de gestes entraînants. Sans doute un timbre de voix agréable n'est jamais à dédaigner, mais ce qu'il lui faut, c'est une prononciation nette, une élocution précise. Il peut d'ailleurs, suivant son tempérament, parler froidement ou avec chaleur; il importe seulement que son débit ne soit ni bredouillant ni monotone, qu'après avoir exposé clairement les divisions de son sujet, il le développe suivant une progression régulière, glissant sur les côtés secondaires, insistant énergiquement sur les points fondamentaux et résumant pour finir, en quelques traits bien appuyés, ce qu'il importe que l'auditeur retienne non seulement pour ses examens prochains, mais surtout en vue de sa pratique future.

Ce sont de tels maîtres que ne remplacent pas les livres, parce qu'ils ont su en extraire la « substantifique moëlle ».

Malheureusement les motifs qui décident du choix d'un nouveau collègue par les professeurs des Facultés ne sont pas toujours en harmonie avec les réels besoins de l'Enseignement et l'intérêt bien compris des études comme du bon renom de l'Université.

On a vu trop souvent la majorité des électeurs s'incliner devant l'autorité quasi tyrannique de quelques chefs d'Écoles décidés à grouper autour d'eux leurs seuls élèves, dans l'espoir d'assurer à jamais le triomphe de leurs idées doctrinales : espoir chimérique et bien souvent déçu; car plus d'un de ces Grands Électeurs a vu ses élus, quand ils les eut fait entrer dans la place, se détourner de lui et saper à leur profit son influence.

Dans d'autres cas, le choix s'est porté sur un vieil agrégé, qui n'a jamais offusqué personne et qui ne peut faire valoir que son ancienneté, ou sur un de ces hommes au caractère facile, qui ont toujours cultivé la camaraderie en vue de leur avenir, à moins que l'heureux élu ne soit une honorable médiocrité par qui personne ne craint d'être éclipsé et dont on n'a pas à redouter la trop grande réussite professionnelle.

Il s'en faut d'ailleurs que de pareils abus soient la règle; l'éclat incontestable de notre enseignement médical à certaines époques et son rayonnement même à l'étranger prouvent que les Facultés ont su souvent faire les meilleurs choix; toutefois ce serait une erreur de croire que l'influence utile de notre enseignement sur la formation d'un corps de praticiens en grande majorité instruits et habiles soit en rapport direct avec la présence à la même époque de deux ou trois professeurs illustres à la Faculté. Ceux-ci peuvent orienter pour un temps dans un certain sens les idées doctrinales de leurs contemporains, si ces idées offrent un attrait séduisant ou

des avantages incontestables ; mais, pour créer dans un pays une moyenne de praticiens élevée, il faut surtout une majorité de maîtres instruits et habiles à enseigner, moins désireux de briller que d'être utiles à leurs auditeurs et mus surtout par une haute conscience de leur responsabilité professorale.

La considération de l'intérêt des étudiants a porté certains hardis réformateurs à préconiser l'*élection des professeurs par les élèves ;* ce projet supposerait que fussent seuls électeurs les étudiants qui touchent à la fin du cycle scolaire et qui ont pu se rendre compte des qualités nécessaires à un enseigneur ; dans une certaine mesure ces étudiants-là peuvent être de bons juges et, pour ne parler que des morts, ils auraient élu par acclamation un Tillaux et un Farabeuf, types représentatifs d'un enseignement fructueux.

Mais le mode de *recrutement par les concours publics,* qui a servi de base pendant une partie du siècle dernier au recrutement des professeurs et où le succès des épreuves auprès du public influençait énergiquement le vote des juges, représentait en quelque sorte une émanation des désirs des étudiants. Ce sont principalement des considérations politiques qui ont amené l'abolition du concours pour le professorat, et j'incline à croire que son rétablissement ne serait pas une mauvaise mesure.

Une autre mesure qui m'apparaît souhaitable serait la création d'un *Conseil supérieur permanent de direction des études médicales,* qui fût l'émanation des principales compétences. Il en serait ainsi s'il était composé des Doyens de toutes les Facultés et des Directeurs des Écoles, auxquels on adjoindrait quelques représentants élus par les membres médicaux de l'Académie de médecine et des principales Associations professionnelles et syndicales — et s'il se réunissait périodiquement — avec le pouvoir de faire prévaloir ses décisions auprès du Ministre de l'instruction publique.

CHAPITRE IX

Les débouchés du doctorat. — Distractions. — Voyages.

§ I. UTILITÉ DE MULTIPLIER, DÉCENTRALISER ET MIEUX RÉPARTIR LES SPÉCIALISTES. — NÉCESSITÉ D'UN CADASTRE DES CLIENTÈLES POUVANT RENSEIGNER LES MÉDECINS SUR LES POSTES VACANTS. — MÉDECINS HYGIÉNISTES POUR USINES. — SPÉCIALISTES POUR ANALYSES BIOLOGIQUES.

Si la majorité des docteurs est destinée à exercer la pratique générale, il n'est pas superflu de passer en revue les autres voies entres lesquelles peuvent choisir ceux que leurs goûts, leur tempérament, les nécessités pécuniaires détournent de la voie commune. Cette énumération permettra de préciser les conditions à remplir pour être apte à telle ou telle carrière spéciale.

Mais d'abord comment se renseigner sur les débouchés possibles ? Où sont les places vacantes ? Où peut-on espérer en créer de nouvelles avec chances de succès dans notre temps de pléthore médicale ?

Des flots d'encre ont coulé naguère sur la réalité de cette « pléthore », sur ses causes et ses remèdes ; quand on relit ces polémiques, on a l'impression que la question était mal posée. Il ne s'agit pas de savoir si le pourcentage des médecins par rapport au chiffre total de la population française est supérieur à la proportion qu'on avait relevée dans notre pays lors de recensements antérieurs il y a dix, vingt ou quarante ans. Ce qui nous intéresse, c'est la pléthore *localisée* à tel département ou à telle ville ; c'est surtout la *concurrence entre médecins vivant sur le même terrain professionnel,* c'est-à-dire s'adressant à la même clientèle, soit qu'ils exercent la médecine générale, soit qu'ils vivent de la même spécialité. Un laryngologiste ne fait pas de tort à un accoucheur, ni un dermatologiste à

un chirurgien. La question de savoir dans quelle mesure les spécialistes peuvent faire tort aux praticiens de médecine générale, est complexe et veut être analysée. J'y reviendrai.

I. — Le premier point que je veux signaler, c'est qu'actuellement il est presque impossible à un médecin qui cherche un poste de se documenter avec sécurité sur les chances qu'il peut avoir en s'installant ici plutôt que là ; il n'existe nulle part une statistique détaillée et précise de la répartition des clientèles en France et dans les colonies ou protectorats, une sorte de cadastre établissant quelles sont les proportions : 1° des omnipraticiens ; 2° de chacune des catégories de spécialistes actuellement bien tranchées.

Aujourd'hui, quand un jeune docteur cherche un poste, il s'informe soit auprès d'anciens maîtres, soit auprès de compatriotes, soit en lisant les offres imprimées dans les journaux de médecine ou les affiches placardées dans les Facultés par les municipalités en quête d'un médecin. Il ne faut pas ignorer que souvent ces dernières sont trompeuses ou dangereuses. Quand un groupe de citoyens cherche à attirer un médecin, ce n'est pas toujours parce que le besoin s'en fait absolument sentir ; c'est parfois, c'est souvent pour combattre un autre médecin qui déplaît, ou bien on omet de signaler que le poste a été déserté parce qu'il ne pouvait nourrir son homme.

Il y aurait les plus grands avantages, au moment où la démobilisation vient d'ouvrir une crise de chasse aux clientèles, à ce qu'un travail précis fût fait sur la *répartition actuelle des clientèles de médecine générale et de spécialités,* mais *par les soins du corps médical lui-même,* c'est-à-dire par ceux de ses membres qui n'ont pas d'intérêt individuel à fausser la statistique, *par les collectivités professionnelles* en posture d'être exactement renseignées sur le terrain où elles se sont formées, d'un côté les Associations et les Syndicats, de l'autre les Conseils des Facultés et des Écoles de médecine, s'unissant pour contrôler les renseignements.

Jusqu'ici, l'exactitude ou la sincérité des affiches apposées dans une Faculté n'ont jamais, je pense, été contrôlées par le Doyen ; ceux qui en demandent l'apposition à côté des Actes ne s'adressent qu'au secrétaire, ou peut-être même seulement au concierge ; elles n'offrent donc aucune garantie à ceux qui les lisent. Ne pourrait-il en être autrement ? Sans vouloir médire des corps médicaux enseignants, nous avons souvent entendu émettre le regret qu'ils se soient farouchement cantonnés dans le rôle que l'État leur assigne d'enseigner. Que de bien ils eussent pu faire à la profession, que leur science honore, en s'inquiétant non seulement d'instruire leurs élèves, de former des docteurs, mais aussi en se préoccupant du parti que ceux-ci pourront tirer, à leur sortie des Écoles, d'un diplôme qui coûte si cher !

La Faculté de Paris est, me dira-t-on, bien trop vaste et alimentée par trop de courants d'étudiants venus de tous les points du territoire pour être en mesure de se renseigner sur l'avenir possible de ses 5,000 nourrissons. Mais les Facultés provinciales, les Écoles régionales n'auraient pas une difficulté insurmontable à fournir aux docteurs qu'elles forment ou à ceux qui, ayant débuté chez elles, reviennent dans la région diplômés par une Faculté, des renseignements dignes de foi sur les besoins médicaux des populations qui les entourent. En se concertant pour faire l'enquête avec les Associations et les Syndicats de la région, je ne doute pas qu'elles puissent réaliser une sorte de cadastre professionnel présentant des garanties incontestables d'exactitude aux médecins à la recherche d'une clientèle — premier travail de statistique laborieux à coup sûr, mais qu'il serait facile de tenir à jour par une revision annuelle.

Il y a bien d'autres organismes d'État qui auraient pu entreprendre un travail de ce genre; je veux dire les Ministres de l'Instruction publique, de l'Intérieur et du Travail, qui, dans une société pratiquement dirigée, pourraient considérer comme un devoir de renseigner le Corps social sur les ressources médicales dont il dispose et le Corps médical sur les moyens d'existence que la société peut mettre à sa disposition. Mais j'imagine que nous serions mal venus à leur demander cet effort, et d'ailleurs les fonctionnaires de ces administrations n'auraient pas la compétence des représentants naturels du corps médical.

Si cette *statistique analytique* — que je voudrais voir réaliser le plus tôt possible — était sous nos yeux, nous en pourrions tirer certaines conclusions touchant la pléthore relative, l'excédent proportionnel des omnipraticiens ou de tels ou tels spécialistes (chirurgiens, accoucheurs, ophtalmologistes, oto-rhino-laryngologistes, dermatologistes, pédiatres, médecins de stations thermales, électro et physiothérapeutes, etc.), dans telle ou telle ville ou région. On s'apercevrait probablement alors qu'en d'autres régions tels ou tels de ces praticiens manquent, sont rares ou pourraient vivre plus nombreux. Les Associations et Syndicats pourraient alors donner par la voie de la Presse connaissance de ces particularités statistiques; les Facultés et Écoles pourraient orienter leur néo-docteurs dans telle ou telle direction par d'amicales suggestions.

II. — Dans quelle mesure y a-t-il lieu d'exciter le développement des spécialités et de provoquer la multiplication des spécialistes?

Sur « *ce que devrait être le spécialiste et comment on devrait s'en servir* » (1), mon éminent collègue et vieil ami Louis Brocq a écrit

(1) *Bull. Méd.*, 29 août 1918.

quelques réflexions d'un lumineux bon sens, auxquelles je m'associe pleinement. Les spécialistes sont nécessaires ; les progrès de la médecine s'accélèrent manifestement depuis que des équipes de spécialistes fouillent les multiples filons de la mine pathologique ; la thérapeutique progresse dans les mêmes proportions. Mais, pour que le public n'ait que le bénéfice de la spécialisation, pour que l'organisme des malades ne soit pas tiraillé au point de vue thérapeutique entre autant de spécialistes qu'il comprend d'appareils, il est nécesaire que ce soit l'omnipraticien qui fasse appel au spécialiste ; il est inadmissible que les spécialistes prétendent se substituer aux *médecins de famille*, dont il faut défendre énergiquement l'existence *en nous mettant tous d'accord pour convaincre le public qu'il a un égal besoin des uns et des autres.*

Non seulement il faut des spécialistes, mais je pense qu'il faudrait *multiplier certaines spécialités* professionnelles encore peu répandues et même *en provoquer de nouvelles.*

On a pu croire, à l'aurore des spécialités, que les médecins qui s'y adonnaient étaient des médecins de luxe, dont les gens riches des grandes villes seraient les seuls clients. Mais les temps sont changés. Le désir, comme le besoin, de se faire soigner le mieux possible se répand de plus en plus dans la société contemporaine à tous les degrés de l'échelle sociale. Même parmi les paysans, qui passaient pour dédaigner la médecine tant qu'ils n'étaient pas moribonds et qui, disait-on, recourent beaucoup plus volontiers au vétérinaire pour leur vache qu'au médecin pour leur femme, la répugnance à dépenser de l'argent « en médecins » a beaucoup diminué. La multiplication des journaux, des brochures de réclame, le service militaire qui amène tous les jeunes paysans au contact des citadins mieux informés des progrès de la médecine, si éclatants dans certaines maladies, ont contribué à modifier l'opinion même des campagnes.

Mais le paysan veut « en avoir pour son argent » ; dès qu'il a compris qu'avec un outillage spécial un médecin, même éloigné, peut voir plus clair dans sa maladie ou la soulager plus vite et plus sûrement, il hésite beaucoup moins à faire les sacrifices nécessaires pour aller trouver ce médecin spécialiste ; grâce à la facilité croissante des communications, il entreprend des voyages même lointains pour faire soigner sa vessie, le ventre de sa femme, les yeux, les oreilles de ses enfants. Ne voyons-nous pas même les gastro-entéropathes, vrais ou faux, venir du fond des villages réclamer les ressources de la gastrochimiatrie et de la radiologie?

Il n'est pas douteux que cette disposition à utiliser les spécialistes se développera d'autant plus que ceux-ci seront plus à portée des malades des petites villes et des campagnes. C'est donc la *décentralisation des spécialités* qu'il faut encourager. Quelques spécialistes d'humeur ambulatoire

ont pu, en se transportant de petite en petite ville, après s'être fait annoncer par une réclame habile, écumer les clientèles sur leur passage ; cette manière d'agir favorise le charlatanisme et ne saurait prévaloir le jour où, dans des centres bien choisis, les principales spécialités auront des représentants qualifiés.

Ceux-ci devront se mettre en rapport avec les omnipraticiens de la région et s'engager à ne pas traiter les malades qui s'adresseraient à eux directement, sans avoir été examinés et présentés par un confrère omnipraticien.

C'est toujours l'intérêt du malade d'avoir été d'abord et complètement examiné au point de vue de l'état général ; en conseillant cette procédure clinique, j'ai conscience de ne pouvoir être accusé justement de pousser à l'exploitation du public, en lui faisant consulter deux médecins au lieu d'un.

Mais, pour que cette décentralisation des spécialistes soit utile, il ne faut pas que les spécialistes de même ordre s'accumulent dans les mêmes centres ; il ne faut pas que trop de docteurs se spécialisent dans certaines catégories dont le public n'a qu'un besoin limité. C'est une *canalisation des spécialités* qui est souhaitable, et on en trouverait la base dans la statistique analytique et quasi cadastrale des docteurs de toute catégorie ; les chercheurs de clientèle spéciale y puiseraient les renseignements propres à les orienter vers les points où leur propre spécialité a encore assez de chances d'être utilisée.

On peut m'objecter que le succès d'un spécialiste, comme de tout praticien, peut dépendre moins du nombre de ses concurrents et de la densité ou de la richesse de la population que de ses qualités personnelles et que, si les siennes sont supérieures à celles de ses concurrents, il attirera rapidement la clientèle la plus nombreuse et la plus riche. Sans doute, il en est ainsi partout. Mais les praticiens si nettement supérieurs aux autres sont exceptionnels et se tirent toujours d'affaire. Pour améliorer les conditions générales de la profession, il faut s'inquiéter de la moyenne des praticiens et chercher à éviter à cette majorité les déboires résultant du surnombre.

Enfin il suffirait de *provoquer ou multiplier certaines spécialisations*, qui découlent des transformations de la société et de la médecine.

J'en vois deux qui prendraient vite place dans nos cadres sociaux : les *médecins hygiénistes pour la grande industrie* et les *spécialistes pour les analyses biologiques*.

a) Le développement des grandes industries, leur complication croissante développe ou engendre de nouvelles maladies professionnelles, qui réclament une étude spéciale. La surveillance de la santé des ouvriers de

ces industries ne peut être efficace que si elle est confiée à des médecins spéciaux, vivant exclusivement dans ce milieu, disposant de tout leur temps pour la recherche des causes morbifiques, la découverte des moyens prophylactiques et curatifs et leur application permanente. Les grands industriels et les compagnies d'assurances, sur lesquelles les premiers se déchargent de la responsabilité des accidents du travail, se contenteront de moins en moins du secours éventuel d'un praticien occupé par une clientèle étendue et ne consacrant aux ouvriers que quelques heures de temps en temps. Naturellement le *médecin d'usine*, compétent et exclusivement occupé à prévenir ou à soigner les maladies professionnelles, doit être rémunéré de manière à vivre convenablement de sa fonction.

Dira-t-on que le médecin, devenu fonctionnaire au service des directeurs ou Compagnies, n'aura plus l'indépendance nécessaire pour conserver la confiance des ouvriers ? Il semble que, si le médecin d'usine est fort de sa compétence spéciale, comme de sa conscience médicale, certain de retrouver dans une autre usine une place équivalente, au cas où son impartialité aurait cessé de plaire, il obtiendra et conservera l'autorité nécessaire pour se faire écouter des dirigeants comme des employés.

b) Les analyses et recherches de biologie clinique, qui sont devenues d'usage courant dans les hôpitaux et dont les chefs de service ne croient plus pouvoir se passer pour assurer la légitimité de leurs diagnostics et l'institution des traitements (examens bactériologiques, chimiques des excrétions, exsudats, épanchements pathologiques, sang, etc.), n'ont pas encore pris, *à beaucoup près*, la place qu'elles devraient et devront avoir dans la pratique des villes et des campagnes. Dans les grandes villes, des pharmaciens instruits ont annexé à leurs officines les principales de ces recherches. Mais combien ces laboratoires sont rares ! Que de docteurs en médecine, qui ont plutôt le goût du laboratoire que des malades, s'ils orientaient de bonne heure leurs études dans ce sens, pourraient installer dans toutes les villes de quelque importance, et sans frais considérables, des laboratoires d'analyse biologique, appelés à rendre autant de services aux praticiens qu'aux malades !

Il faudra sans doute un effort général et patient des praticiens pour convaincre les malades que les examens de ce genre sont indispensables à la prophylaxie, au diagnostic et au traitement d'un nombre de maladies de plus en plus grand, — que les praticiens eux-mêmes sont trop occupés et ne sont pas outillés pour faire utilement ces recherches — et que l'augmentation de frais qui en résultera pour le client sera largement compensée par les garanties qu'elles lui apporteront.

Il faudra, d'autre part, que les dirigeants de ces laboratoires se refusent à entrer en contact direct avec les malades sans l'intervention des prati-

ciens. Pour qu'une telle organisation, qui est incontestablement l'avenir d'un exercice professionnel en harmonie avec les progrès scientifiques, réussisse à s'implanter dans les mœurs des générations montantes, il est naturellement indispensable que l'accord soit fait entre tous les praticiens sur sa nécessité. Des pessimistes diront que jamais on n'a vu les membres du corps médical d'accord sur une ligne de conduite commune et, à vrai dire, notre tendance passée à un individualisme intransigeant pourrait excuser ces mauvais augures. Mais, pour qui suit depuis quarante ans avec attention l'évolution de notre profession, il est incontestable qu'elle a fait d'énormes progrès vers l'entente et la synergie du plus grand nombre de ses membres. L'histoire de nos Associations et de nos Syndicats en est la preuve : les résistances diminuent ; les préjugés, les animosités s'atténuent.

Il est impossible que la terrible tragédie patriotique, à laquelle nous avons tous pris part, n'influe pas demain sur les organisations sociales, sur l'économie de toutes les professions. Pourquoi pas sur la nôtre ?

§ 2. LA SPÉCIALISATION CHIRURGICALE

Avant de se décider à se spécialiser en chirurgie, il est bon de se sentir attiré énergiquement vers cette branche ; car on doit s'y préparer de bonne heure et si, après avoir consacré à cette préparation un certain nombre d'années, on était amené à y renoncer, ce serait une perte de temps fâcheuse. Pendant ce stage chirurgical on aurait négligé la clinique médicale, l'auscultation et les techniques dont le chirurgien se désintéresse. En général, les futurs chirurgiens éprouvent dès leur premier contact avec la chirurgie le sentiment de leur vocation. Mais les fortunes acquises par certains chirurgiens, le bruit qui se fait autour de leur nom sont des arguments de nature à attirer bon nombre d'étudiants vers la chirurgie sans qu'ils aient les qualités indispensables. Même parmi les jeunes gens que la chirurgie attire par ses attraits propres il en est qui peuvent se tromper sur les aptitudes qu'on doit avoir pour y réussir : on voit de ces vocations qu'on peut appeler malheureuses, à la fois pour le chirurgien manqué et pour les malades auxquels il ne pourra rendre que d'insuffisants services.

Être maladroit, avoir une mauvaise vue, une santé fragile, une excessive nervosité qui vous conduit à manquer de sang-froid dès qu'on sent peser sur soi une responsabilité lourde, sont des conditions vraiment désavantageuses de nature à handicaper pendant toute sa carrière un chirurgien, malgré toute la science qu'il pourra avoir acquise en anatomie et en médecine opératoire, malgré la fertilité d'une imagination qui pourra lui

suggérer des techniques nouvelles et ingénieuses : d'autres pourront en profiter, alors que lui-même les exécutera sans succès.

Les chirurgiens érudits et éloquents ont pu être d'excellents professeurs. Mais, en dehors de l'enseignement, ils ne trouvent pas leur place : opérateurs malheureux, ils végètent comme praticiens et ne trouvent guère à s'utiliser que comme consultants. C'est un véritable devoir pour un chirurgien chef de service de décourager ceux de ses externes ou même de ses internes qu'il juge trop mal doués pour suivre cette carrière.

Quand un étudiant a pris la décision de se préparer à la chirurgie, il ne doit pourtant pas, comme on le voit trop souvent, négliger systématiquement la pathologie interne et la clinique médicale. Il y eut un temps où les jeunes gens croyaient qu'en fréquentant exclusivement les services de chirurgie et les amphithéâtres de dissection ils deviendraient plus vite aptes à être de bons chirurgiens ; ces générations trop exclusives ont fourni plus d'habiles ouvriers que de maîtres. Il est devenu évident que la connaissance de l'histologie, de la physiologie, de la pathologie générale, de la pathologie expérimentale et de la bactériologie sont indispensables à la formation d'un vrai chirurgien ; la chirurgie viscérale, celle du système nerveux ne peut être exercée fructueusement que si les maladies des viscères et des organes sont assez approfondies par le chirurgien pour qu'il puisse comprendre ce qu'attend de lui le médecin, l'appelant à son aide afin de combler les lacunes ou reculer les limites de sa thérapeutique personnelle.

Nous croyons donc qu'il est indispensable à l'aspirant chirurgien de faire deux années d'externat et une année d'internat en médecine.

La plupart des aspirants chirurgiens suivent les concours pour être *moniteurs*, puis *aides d'anatomie ;* ceux qui arrivent au *prosectorat* sont dans la voie des concours supérieurs pour les hôpitaux et l'agrégation.

Le *clinicat* est une étape temporaire pour les mêmes concours ou pour les jeunes docteurs qui ne se sentent pas l'aptitude aux concours, qui n'ont ni l'appui indispensable de certains chefs, ni le temps d'attendre, une porte ouverte vers une pratique plus rapide.

En présence du besoin croissant de chirurgiens, dans une époque où la chirurgie étend chaque jour son domaine, il n'est plus aussi indispensable qu'autrefois d'avoir marqué les étapes des concours, d'être agrégé ou chirurgien des hôpitaux d'une ville de Faculté. Une carrière satisfaisante, et même parfois brillante, attend, nous en voyons de plus en plus d'exemples, des chirurgiens qui ont renoncé aux concours, s'ils ont les qualités nécessaires et consentent à n'être pas aussi exigeants pour les honoraires, du moins à leurs débuts, que leurs confrères plus gradés.

Il est naturel de se demander si parmi les milliers d'étudiants et de

jeunes médecins mobilisés qui rentrent, soit pour terminer leurs études le plus vite possible, soit pour chercher des clientèles, un grand nombre ne vont pas s'orienter vers la chirurgie, à laquelle ils ont tous mis la main plus ou moins. Pour les uns, le goût peut s'en être développé avec l'aptitude et le caractère d'une vocation ; pour d'autres, le désir d'utiliser le plus tôt possible des connaissances pratiques et un entraînement manuel déjà acquis, tandis que pour l'exercice de la médecine générale il leur faudrait des études complémentaires retardant l'heure de la pratique, souhaitée d'autant plus prochaine que les sacrifices pécuniaires des familles ont atteint l'extrême limite.

Malheureusement on peut se demander aussi dans quelle mesure le besoin va se faire sentir dans le public d'un aussi grand nombre de chirurgiens. On peut admettre, à vrai dire, que l'extension de la chirurgie est de plus en plus vraisemblable, par suite des progrès continuels des techniques de la chirurgie viscérale, qui peut de plus en plus s'attaquer à des affections internes jusqu'ici considérées comme justiciables seulement du médecin. Par suite, la décentralisation chirurgicale, déjà commencée, peut aller en s'accentuant ; on peut espérer voir s'installer et prospérer dans des villes de moindre importance que celles qui, jusqu'ici, en ont possédé, des chirurgiens de métier, disposant de l'outillage nécessaire, c'est-à-dire la maison d'opération, agencée pour quelques malades, et les moyens de transport rapides pour se porter à l'appel des confrères et ramener au besoin les malades devant être opérés promptement. Au lieu d'un nombre relativement faible d'opérateurs régionaux à grand rayon d'action, on peut concevoir un nombre beaucoup plus grand de chirurgiens, dont les clientèles seront plus restreintes et qui se limiteront par la force des choses, à cause de leur compression réciproque.

S'il n'y a pas d'abus dans la fréquence des indications chirurgicales posées par les médecins et acceptées par les opérateurs, cette multiplication des chirurgiens pourra être avantageuse au public, tout en faisant vivre un plus grand nombre d'opérateurs. Mais il est vraisemblable que les honoraires de la chirurgie baisseront ; les grosses fortunes chirurgicales seront plus rares, les gros honoraires ne pouvant plus être demandés que par les chirurgiens dont l'habileté exceptionnelle, la technique originale ou une réputation scientifique incontestée attireront toujours les malades les plus riches ou les cas les plus difficiles.

En présence d'un nombre croissant de chirurgiens, n'est-il pas désirable que beaucoup d'entre eux se spécialisent assez étroitement, dans leur intérêt comme dans celui du public ? — L'excessive multiplication des spécialistes en médecine peut avoir de sérieux inconvénients, en exposant les malades à n'être plus jamais soignés que de façon fragmentaire par des médecins

qui, ayant systématiquement limité le cercle de leurs études à un appareil, prendront l'habitude de rapporter toujours à celui-ci les troubles éprouvés par les malades qui les consulteront.

Mais en chirurgie le danger est beaucoup moindre, puisque le chirurgien n'est en général appelé que par un médecin, celui-ci ayant déjà dans la plupart des cas son opinion faite sur l'indication opératoire, et recourant au chirurgien soit pour lui demander de remplir cette indication, soit pour le consulter sur son opportunité.

En revanche, l'avantage est réel pour le malade d'être opéré par un chirurgien spécialisé; car il est hors de doute que les garanties sont d'autant plus grandes pour lui que l'opérateur a pratiqué un plus grand nombre de fois l'opération, en le supposant d'habileté moyenne. Par exemple, n'y a-t-il pas d'autant plus de chances pour qu'une opération sur les voies biliaires, l'estomac, l'intestin, sur la cavité cranienne, sur les poumons, sur le rachis, une restauration plastique, etc., soit exécutée rapidement et sûrement si l'opérateur est rompu à ces techniques délicates et spéciales? Sans doute nous n'en sommes plus à compter les chirurgiens habiles qui, maîtres en toutes les techniques, exécutent à peu près aussi bien toutes ces opérations; encore faut-il reconnaître que chacun d'eux a cependant plus de compétence ou de maîtrise dans la catégorie que, par goût ou par circonstance, il a été conduit à exécuter plus souvent.

Il nous semble donc que la spécialisation croissante en chirurgie est à l'avantage du public et permettra à un plus grand nombre de docteurs de vivre de la chirurgie.

Ce qui serait fâcheux pour le public, ce serait si beaucoup de jeunes confrères, revenus des armées avec un goût déterminé pour la chirurgie, mais une instruction médicale incomplète, s'installaient omnipraticiens. Je sais bien que, outre la chirurgie, beaucoup de confrères mobilisés ont fait de la médecine : épidémies, dysenterie, paludisme, affections vénériennes, nerveuses, néphrites, auxquelles on a accolé peut-être avec excès l'étiquette « de guerre ». Mais il n'en reste pas moins de nombreuses lacunes dans l'instruction professionnelle des jeunes médecins qui n'auront soigné pendant ou depuis cinq ans que des hommes et des soldats. S'ils ne se remettaient pas à l'étude le temps nécessaire pour combler ces lacunes, leur pratique s'en ressentirait. Enfants, femmes, vieillards ne peuvent être examinés ni soignés comme des Poilus.

§ 3. LA PSYCHIATRIE

La médecine mentale ou psychiatrie offre une carrière fort intéressante pour certains esprits, mais qui requiert des aptitudes spéciales et qui serait

bien rebutante pour ceux qui ne les auraient pas. La plupart des médecins aliénistes sont des fonctionnaires attachés aux asiles publics de l'État ou départementaux ; ils ont les avantages, mais aussi les inconvénients des carrières où les appointements sont modestes, mais lentement progressifs, avec logement et retraite, où la sécurité du lendemain compense la médiocrité matérielle.

Quelques aliénistes en renom, ou héritiers de noms connus dans cette spécialité et d'une maison de santé privée, peuvent arriver à la fortune, s'ils ont des qualités d'administrateurs. Un certain nombre se font connaître comme médecins légistes spécialisés.

Pour se préparer à la psychiatrie, il faut s'adonner particulièrement à l'étude du système nerveux et avoir une notable aptitude à la psychologie.

Les troubles mentaux aigus et curables étant conditionnés par des altérations physiques de l'organisme, infections et intoxications, altérations viscérales, troubles généraux de la nutrition, perturbation des glandes à sécrétion interne (Régis), l'aliéniste ne peut guérir les psychoses que s'il est un clinicien consommé dans toutes les questions médicales et s'il est familiarisé avec toutes les recherches de laboratoire sur le sang, les liquides organiques, etc.

Il doit en outre posséder des qualités spéciales.

La *patience* et le *calme ;* les interrogatoires sont longs, minutieux, rebutants, l'aliéné ne révèle très souvent ses idées délirantes qu'au bout d'un temps assez long et s'il se sent en confiance ; il faut savoir capter aussi la confiance de la famille qui, bien souvent, cache ses tares héréditaires.

La *méthode,* d'autant plus nécessaire qu'il s'agit d'une spécialité encore mal connue, où longtemps les théories psychologiques ont masqué l'ignorance des faits anatomiques et physiologiques.

Le *don d'observation :* le diagnostic reposant souvent sur des détails en apparence insignifiants (facies, expressions de physionomie, vêtements, attitude, gestes et réponses, etc.). Si la psychiatrie scientifique est d'un vif intérêt, la pratique terre à terre et quotidienne de l'aliéniste est assez monotone, attristante par les résultats faibles et lents ou nuls de la thérapeutique, par le spectacle des dégradations de la personnalité humaine et des tristesses sociales qui sont le contre-coup de la révélation des cas d'aliénation dans les familles. Il faut un oubli de soi-même absolu, les malades auprès desquels l'aliéniste se prodigue sont incapables le plus souvent de comprendre et d'apprécier son dévouement. Un assez fréquent aléa de danger quotidien est un coefficient dont on ne peut faire abstraction dans le choix d'une carrière, si on est d'un caractère faible et impressionnable.

La première étape de la carrière est le CONCOURS POUR L'INTERNAT DES ASILES : soit du *département de la Seine* (Asile clinique Sainte-Anne, Vaucluse, Ville-Évrard, Villejuif, Maison-Blanche, Moisselle, Infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de Police), soit des *asiles de province.*

Les conditions pour s'inscrire sont d'être ou docteur en médecine ou pourvu de 12 inscriptions avec certificat indiquant les stages hospitaliers et d'accouchement, ne pas avoir atteint l'âge de 30 ans révolus au 1er avril de l'année du concours, qui a lieu à Paris.

Celui-ci comporte des épreuves écrites de pathologie (interne surtout) et d'anatomie (surtout du système nerveux) et une épreuve orale sur des questions de petite chirurgie ou d'obstétrique.

Les concours pour la province sont des concours *particuliers.*

C'est une ressource pour les étudiants peu fortunés qui sont embarrassés pour terminer leurs études : c'est la meilleure préparation au concours de médecine des asiles de la Seine et de province.

Les médecins des asiles départementaux de province se recrutent par le concours pour l'ADJUVAT DES ASILES, pour lequel le doctorat est nécessaire et comporte : des épreuves d'admissibilité : question écrite : 1° sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux ; 2° sur l'organisation des asiles, sur la législation des aliénés ; 3° titres et travaux scientifiques — des épreuves d'admission : 1° orale théorique de médecine et de chirurgie ; 2° clinique orale ; 3° clinique écrite médico-légale.

Ce concours est exigé aussi pour les médecins des *maisons de santé privées* qui soignent les maladies mentales et dans lesquelles le placement des malades se fait suivant les règles de la loi de 1838 sur le régime des aliénés. La psychiatrie est la seule spécialité en France que l'on ne puisse exercer sans avoir passé un concours spécial.

Le recrutement des Asiles de la Seine se fait par un concours auquel sont admis : les directeurs médecins et médecins en chef des colonies d'aliénés de la Seine et des Asiles publics de toute la France ; 2° les médecins adjoints ayant subi avec succès le concours d'adjuvat, et les chefs de clinique de pathologie mentale de la Faculté de médecine de Paris. Ce concours, qui n'est pas fréquent puisqu'il dépend des vacances variables, comporte : 1° épreuve sur titre ; 2° épreuve écrite de pathologie mentale ; 3° épreuve de clinique mentale ; 4° épreuve médico-légale ; 5° épreuve écrite de thérapeutique mentale ; 6° épreuve de clinique générale.

De bons esprits compétents signalent certains desiderata dans l'organisation de la médecine mentale en France (1).

Il serait utile de rendre son étude plus accessible aux étudiants et aux médecins ; un très grand nombre d'entre eux, l'ignorant absolument, passent dans la pratique à côté de cas d'aliénation soit au début, soit déjà caractérisés, dont le diagnostic fait à temps éviterait de déplorables catastrophes dans les familles ou dans les lieux publics.

A Paris et dans les villes de Faculté il serait à souhaiter qu'on pût organiser dans les hôpitaux un service ou au moins une consultation externe

(1) Je dois remercier deux confrères, très distingués dans leur spécialité, qui m'ont fourni d'utiles documents : le docteur André Barbé, médecin des Asiles de la Seine, ancien chef de clinique psychiatrique à la Faculté de Paris, et le docteur Daday, médecin-directeur de l'Asile départemental de Privas.

de médecine mentale. Avant la guerre j'avais prié mon collègue Roubinowitch de venir traiter devant mes élèves à l'hôpital Lariboisière des questions de psychiatrie, telles que « Le rôle du médecin praticien dans le traitement et l'internement des aliénés (*Progrès Médical* 1911) ». Ces conférences étaient fort appréciées.

Il serait désirable qu'on ne prît comme internes des asiles que les étudiants ayant un plus grand nombre d'inscriptions ou le titre d'externes des hôpitaux ; la spécialisation trop précoce est une erreur qui entraîne chez trop d'internes des asiles une fâcheuse ignorance de la médecine générale.

L'assistance des aliénés aux colonies est toute à créer. Dans notre vaste colonie de l'Afrique du Nord (Tunisie, Agérie, Maroc) il n'y a pas un seul établissement d'aliénés.

Les malades sont transportés et répartis dans divers asiles du Midi (Aix-en-Provence, Nice, Marseille, etc.). Leur transport se fait à fond de cale dans des conditions lamentables ; éloignés de leur pays et vivant dans des conditions climatériques anormales pour eux, ces malades meurent pour la plupart de tuberculose pulmonaire.

Une réforme, qui s'impose aussi d'une façon pressante, concerne les aliénés criminels qui, reconnus irresponsables au point de vue médico-légal, sont replacés aussitôt dans le courant social ou, s'ils ont été internés, ne peuvent être gardés à l'asile, les troubles mentaux qui leur avaient valu l'irresponsabilité étant passagers et transitoires.

Ces malades sont excessivement dangereux au point de vue social. Leur place n'est ni à l'asile ni à la prison, mais dans des maisons spéciales dites *asiles de sûreté* où ils auraient une surveillance médicale continue et où ils pourraient être gardés aussi longtemps qu'il le faudrait par mesure de sécurité publique. Ces asiles existent dans tous les pays d'Europe, sauf en France.

En France, les asiles sont trop peu nombreux et encombrés. Ils l'étaient avant la guerre et le sont aujourd'hui bien davantage depuis qu'on a dû évacuer tous les asiles nombreux et populeux du Nord et des pays envahis ou ceux qui menaçaient de l'être.

Les asiles seraient moins encombrés s'ils ne recevaient pas trop souvent des malades qui n'y sont pas à leur place : — les séniles que leur affaiblissement intellectuel fait chasser de l'hospice ordinaire parce qu'ils gênent plus qu'ils ne troublent le calme, la tranquillité, la régularité d'établissements hospitaliers qui veulent la paix à tout prix ; — les anormaux de toutes natures qui n'auraient besoin que d'une surveillance relative ; — les alcooliques qui, peu après leur arrivée à l'asile, se guérissent, et que la loi ne permet pas de garder le temps nécessaire à une cure de désintoxication vraiment efficace.

§ 4. DIRECTION DE SANATORIUMS POUR TUBERCULEUX

L'organisation de la lutte antituberculeuse, telle qu'elle est en voie de s'opérer en France, sous l'impulsion de la Société d'assistance aux tuberculeux militaires, avec l'appui si longtemps attendu du Parlement et à la grande satisfaction de ceux qui ont essayé, comme moi, depuis 25 ans d'attirer vers cette question l'attention du public, va obliger à créer un nombre croissant de dispensaires et de sanatoriums.

Les directeurs de ces derniers établissements doivent être, pour qu'ils donnent les résultats espérés, des médecins spécialisés par des études de phtisiologie et aussi doués d'aptitudes particulières, à la fois morales et administratives, connaissance approfondie de la psychologie des malades, ingéniosité pour les soulager, patience pour écouter leurs plaintes, énergie chaleureuse pour les réconforter en les obligeant à se soigner, habileté à gérer les ressources financières de l'établissement.

Nous en avons un parfait exemple en Guinard, qui dirige avec tant de succès ce sanatorium modèle de Bligny, première création de la Société des Sanatoriums populaires de Paris. Depuis longtemps d'ailleurs des hommes comme Sabourin à Durtol, Dumarest à Hauteville, Kuss à Angicourt, — je ne puis les nommer tous — ont montré ce que doit être un directeur de sanatorium privé ou public.

Si on veut obtenir de bons directeurs, il faudra leur assurer des avantages pécuniaires suffisants ; ainsi un nouveau débouché se trouvera ouvert à de jeunes médecins qui se seront préparés à cette spécialisation délicate.

§ 5. MÉDECINE MILITAIRE

Au sortir de cette guerre pendant laquelle les trois quarts des médecins et la totalité des étudiants en médecine ont été investis de fonctions dans le service de santé militaire, il peut paraître superflu de signaler les avantages et les inconvénients de ce débouché aux praticiens actuels et aux étudiants en cours d'études ; mais nous devons écrire pour la génération qui leur succédera.

La carrière médico-militaire en temps de paix ne peut être exactement appréciée d'après les impressions que nous a données son fonctionnement pendant la guerre ; l'absence de préparation à l'incorporation d'un nombre imprévu de médecins de complément dans les cadres de l'active, l'insuffisance des ressources matérielles dont ont souffert les formations constituées

à la hâte et les incohérences d'une organisation tant de fois remaniée au cours de ces cinq terribles années, sous les influences combinées et souvent contradictoires de la politique et la pression de la nécessité, ont laissé à la plupart des médecins civils actuels de fâcheux souvenirs : peu d'entre eux seraient disposés à conseiller à leurs enfants de s'engager délibérément dans une hiérarchie où ils ont éprouvé bien des déboires.

Mais il y a lieu d'espérer que le sentiment général des défauts de l'organisation passée aura pour conséquences des modifications dans l'organisation future et que, par conséquent, celle-ci réservera dans l'avenir aux médecins militaires de carrière une existence plus enviable.

Or le service de santé militaire offre, à n'en pas douter, des côtés très avantageux pour un assez grand nombre de jeunes gens : une facilité plus grande pour faire ses études, sans imposer à la famille six à huit ans de sacrifices pécuniaires, le soutien moral d'un embrigadement dans des cadres dès le début des études, soutien qui évite aux natures faiblement trempées les tentations de la paresse ou des curiosités dangereuses, la certitude de trouver à l'issue des études une situation assurée, modeste sans doute, mais destinée à s'améliorer progressivement ; certains agréments sociaux s'attachant à la qualité d'officiers, l'assurance de la retraite, les ressources pour travailler à son gré dans des hôpitaux et des laboratoires, pendant les périodes où on n'est pas attaché au service régimentaire, sont des avantages de nature à compenser le sacrifice de l'indépendance, plus apparente que réelle, dont jouissent les praticiens civils, qui ne connaissent pas le travail à heures fixes et le repos assuré le reste du temps.

Il convient d'insister sur cette particularité de la carrière médico-militaire qu'elle réunit deux perspectives, entre lesquelles on est souvent embarrassé de choisir quand on commence ses études : au jeune homme qui ne se sent pas l'énergie ou les capacités intellectuelles nécessaires pour affronter les difficultés considérables qui se dressent devant les civils désireux de se vouer aux recherches scientifiques, qui ne se résigne pas non plus à ces efforts incessants du praticien pour conquérir et garder sa clientèle, la filière militaire assure la succession paisible des années et la vie matérielle, modeste, mais assurée et progressivement plus large ; — à celui qui, au cours de ses études, sent se développer le goût du travail personnel, la possibilité par les Concours du Val-de-Grâce lui est donnée de s'assurer les moyens de travail dans des conditions certainement meilleures que les civils et le couronnement de belles carrières médico-militaires est vraiment enviable. Les déplacements même qu'elles entraînent sont pour certains caractères plutôt un agrément qu'une entrave.

Le recrutement de la médecine militaire s'opère par le concours pour l'École du service de la santé militaire de Lyon, qui vient d'être réorganisée par un

décret (septembre 1919). La sélection des candidats à l'École de santé, admis par concours, s'effectuera désormais à tous les degrés de la scolarité.

Les étudiants les plus jeunes pourront continuer, comme élèves du service de santé militaire, leurs études dans leurs facultés d'origine, qui seront ainsi toutes appelées à concourir à la formation des médecins militaires. Ce n'est que pendant leurs dernières années d'études que la présence des élèves à Lyon sera obligatoire.

Des dispositions nouvelles facilitent aux élèves l'accès de l'externat et de l'internat des hôpitaux civils et leur permettent d'en remplir les fonctions dans les mêmes conditions que leurs camarades civils. En récompense de cet effort, d'appréciables avantages de carrière sont réservés aux élèves qui auront été admis à l'internat des hôpitaux.

Les jeunes aides-majors sortant de l'École de Lyon ne se rendront plus directement à l'École d'application du Val-de Grâce, pour y faire le stage, mais seulement après avoir accompli une année de service dans les grands hôpitaux militaires. Ils seront ainsi, après avoir participé à la vie militaire réelle pendant un temps suffisant, mieux préparés sous tous les rapports à profiter de l'enseignement spécial de l'École d'application.

§ 6. MÉDECINE COLONIALE.

Médecins des troupes coloniales. — Assistance médicale aux Colonies. — Médecins de colonisation. — Diplôme de médecin colonial.

La carrière de *médecin des troupes coloniales* présente des inconvénients et des avantages.

Les inconvénients sont les risques de santé inhérents au climat, très variables suivant les colonies et même les diverses résidences dans chacune d'elles; ils peuvent être, dans une certaine mesure, diminués par les relèves, les congés en France et l'observance stricte des règles de l'hygiène; il faut aussi se résigner à être privé de beaucoup des distractions de la métropole, dont, à vrai dire, sont sevrés la plupart des praticiens très occupés.

Les avantages sont aux colonies des soldes de : aide-major de 2e classe de 5,292 francs à 6,120 francs après six ans de services; aide-major de 1re classe, de 6,606 à 8,154 francs, suivant le nombre d'années de grade et de services; major de 2e classe, de 8,676 à 12,024 francs; major de 1re classe, de 12,744 à 14,112 francs; médecins principaux de 2e classe, 16,200 francs; de 1re classe, 20,880 francs; inspecteur, 27,000 francs; inspecteur général, 38,880 francs.

(1) Je dois à mon vieil ami et ancien condisciple à l'École de médecine navale de Rochefort en 1870-71, le médecin-inspecteur général honoraire des troupes coloniales, Edouard Primet, la documentation sur cette question.

A la solde s'ajoutent des indemnités variables pour services supplémentaires éventuels (service sanitaire maritime des ports coloniaux, arraisonnements de navires, visite des fonctionnaires à domicile, assistance médicale indigène, vaccine mobile, expertises médico-légales, cours aux Écoles indigènes de médecine ou aux élèves sages-femmes, recherches de laboratoire, bactériologie, parasitologie, toxicologie, denrées alimentaires, service des fraudes, analyses chimiques).

Les médecins du corps de santé colonial sont autorisés à faire de la clientèle civile dans les centres dépourvus de praticiens y exerçant librement ou même dans tous les centres indifféremment, sous réserve de se conformer à des prescriptions réglementaires nettement définies.

A chaque départ colonial correspond une indemnité équivalente à un mois de solde d'Europe (celle des officiers du même grade des troupes métropolitaines).

Dans certains centres ou zones d'une même colonie sont prévues des indemnités de cherté de vie.

Les officiers peuvent se faire accompagner de leur famille, à moins que certaines affectations spéciales ne s'y opposent. La traversée sur mer, qui incombe au budget colonial, se fait dans les meilleures conditions; le transport sur voie ferrée est gratuit quand le déplacement a son origine dans le service, avec grandes facilités pour le bagage et le mobilier.

Les risques de maladies sont diminués par l'amélioration des conditions hygiéniques dans nos colonies pour les habitations (les fenêtres grillagées, moustiquaires, vastes vérandas circulaires, ventilateurs, etc.), pour les approvisionnements en eau fraîche et purifiée, en denrées alimentaires par les glacières, les laits condensés, stérilisés, pasteurisés, qui permettent l'élevage des jeunes enfants. L'instruction des enfants plus âgés devient plus facile par le développement de l'instruction publique et, dans beaucoup de villes coloniales importantes, même des distractions peuvent être trouvées (théâtre, sociétés musicales, groupements artistiques). Pour ces diverses raisons, un médecin peut suivre une carrière coloniale sans renoncer à la vie de famille.

D'ailleurs la relève coloniale permet des séjours en Europe d'un an et même de dix-huit mois et deux ans. Les permutations de tour de départ, les permutations de séjour colonial ou même le passage définitif dans le corps de santé des troupes métropolitaines par permutation sont des combinaisons qui garantissent la conservation de la santé.

Les tours de départ sont indiqués à l'avance sur une liste officielle dans un ordre réglementaire; les médecins peuvent marquer leurs préférences jusqu'à concurrence de trois colonies, et aux colonies les emplois sont répartis de façon à ce que chaque officier puisse avoir successivement

les postes les moins avantageux et les plus favorisés, tout en tenant compte des compétences et spécialisations.

Les services hospitaliers coloniaux recevant non seulement les militaires, mais les fonctionnaires civils et leurs familles, présentent un attrait égal à ceux des hôpitaux métropolitains au point de vue de la clinique; les hôpitaux indigènes, les services d'assistance médicale et d'hygiène publique, les laboratoires et centres d'instruction qui s'y rattachent, les chaires de professeurs aux Écoles indigènes de médecine offrent des moyens d'étude pour la pathologie exotique, l'hygiène coloniale, l'utilisation thérapeutique des produits coloniaux, avec toutes facilités pour les publications originales et les travaux personnels.

Les recherches sont facilitées par des missions officielles; elles peuvent être complétées pendant les séjours en Europe et contrôlées dans les centres d'enseignement de la métropole; elles peuvent être entreprises à la suggestion et aux frais des administrations locales ou de sociétés coloniales autorisées grâce à des congés sans solde qui, pour servir à l'industrie et au commerce intéressant les colonies, peuvent se prolonger jusqu'à trois années sans interrompre les annuités qui déterminent les droits à la retraite, ni les avancements de grades ou les titres à la Légion d'honneur.

Il résulte de ces éventualités des débouchés nouveaux au cours de la carrière coloniale, et les exemples sont déjà nombreux d'officiers du corps de santé colonial qui ont acquis une réputation scientifique mondiale par la valeur de leurs travaux. De tels avantages sont de nature à compenser les inconvénients d'une vie instable.

Si, à un moment donné, après avoir satisfait à l'engagement sexennal ou au remboursement des frais dus à l'État, le médecin militaire colonial peut démissionner simplement, en perdant ses droits à la retraite, pour faire de la clientèle civile dans une colonie ou revenir en France, il peut attendre son admission à la retraite à la limite maxima (vingt-cinq ans de services effectifs, dont six à la mer ou aux colonies) avec la pension proportionnelle à son grade.

Les départs hâtifs ou prématurés du corps résultent soit de déceptions inévitables pour certains caractères très impressionnables ou à tendances nostalgiques, soit de fatigues physiques et d'usure nerveuse qui attaquent particulièrement les tempéraments lymphatiques, soit d'une modification dans la situation de famille (mariage, enfants nombreux soulevant des difficultés d'éducation) nécessitant une stabilité définitive.

En cas d'infirmités ou de maladies contractées au service ou aggravées à l'occasion du service, la réforme avec pension, la mise en non-activité pour infirmités temporaires (comportant la demi-solde pendant une

période de trois années, renouvelable au besoin) sont des garanties importantes.

Enfin la carrière comporte les distinctions honorifiques spéciales (ordres de l'Étoile noire du Bénin, d'Anjouan et des Comores, du Cambodge et de l'Annam), les médailles coloniales et des épidémies, outre la Légion d'honneur pour l'obtention de laquelle les expéditions, missions, épidémies offrent plus d'occasions que dans les troupes métropolitaines en temps de paix.

L'effectif du corps de santé colonial est de 650 médecins, dont 500 affectés au service général, soldés sur les budgets métropolitains, et 150 hors cadres à la disposition des diverses colonies qui les paient sur les budgets locaux.

Le recrutement du corps de santé colonial s'opère, en temps normal, par deux voies :

1° Recrutement direct, parmi les élèves des Écoles de recrutement du service de santé qui, ayant débuté à Rochefort, Lorient ou Brest, sont sortis de l'École de médecine navale et coloniale de Bordeaux avec le diplôme de docteur en médecine.

2° Recrutement latéral, parmi les docteurs en médecine provenant des diverses Facultés de France admis comme stagiaires à la suite d'un concours, dont les conditions spéciales sont arrêtées en temps opportun, de concert entre les ministres de la guerre et des colonies, conformément aux dispositions de l'instruction du 3 juillet 1906.

Les uns et les autres sont alors appelés à suivre pendant un an les cours de l'École d'application de Marseille, organisée par le décret du 3 octobre 1905.

A la suite d'un examen de fin d'études, ils prennent rang par ordre de classement dans le grade d'aide-major de 2e classe.

Ils sont tenus de contracter un engagement sexennal, dont ils ne peuvent être dispensés qu'en cas de réforme pour infirmités ou après remboursement à l'État du montant des frais d'études et première mise d'équipement (stagiaires) ou des frais de scolarité (élèves des Écoles de recrutement).

Si nous avons énuméré assez longuement les conditions qui régissent la carrière des médecins de l'armée coloniale, c'est que, dans une époque d'encombrement professionnel comme celle-ci, elle a vraiment de quoi tenter des jeunes gens aventureux, curieux de l'exotisme et s'intéressant à l'art, aux sciences naturelles, à la psychologie des races et à l'ethnographie, tout en exerçant la profession médicale dans des conditions souvent moins pénibles, climat mis à part, que sur notre sol français.

L'*Assistance médicale dans nos colonies* (l'Algérie non comprise) est confiée à plusieurs catégories de médecins : *a.* des médecins militaires du corps de santé des troupes coloniales, mis hors cadre d'une façon plus ou moins prolongée suivant leur désir et pouvant être réintégrés; — *b.* des médecins civils libres, fonctionnarisés avec des appointements fixes de 7,000 à 15,000 francs, une retraite; — *c.* des médecins civils déjà fonctionnaires attachés à une municipalité, à une entreprise industrielle, ceux qui,

ayant appris la langue du pays, ont obtenu un « brevet local », ont un supplément d'honoraires; — *d.* des médecins indigènes, issus des Écoles que nous avons formées à Pondichéry, Hanoï, Tananarive, Dakar. Les Écoles d'Indo-Chine et de Madagascar ont déjà fourni des sujets distingués qui sont nécessairement appelés à soigner une notable portion des indigènes.

En dehors du passage par le service de santé colonial et de la stabilisation définitive dans une résidence comme médecin fonctionnaire militaire, hors cadre ou démissionnaire et chargé d'un service d'assistance, il n'y a pas lieu de conseiller à un médecin civil d'aller se fixer dans une colonie, à moins d'y être appelé par un engagement avec une municipalité ou une société industrielle ou minière, garantissant un fixe assez important pour ne pas courir les aléas inévitables de la seule clientèle civile. Car dans la concurrence coloniale le médecin civil sans fonction se trouve handicapé au regard de tous les médecins fonctionnaires, militaires ou civils, sans parler des médecins indigènes qui commencent à devenir nombreux dans certaines colonies. Or la population européenne comprend neuf dixièmes de fonctionnaires qui sont soignés par les médecins fonctionnaires.

Pour l'Algérie existe un recrutement *par concours* de MÉDECINS DE COLONISATION, répartis en six classes (traitement de 3.500 à 6,000 francs, logement ou indemnité de 800 et droit à faire de la clientèle payante).

Afin de donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales, a été créé l'INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE, dont les cours durent environ deux mois et demi. A la fin de la session les Étudiants subissent un examen et obtiennent le *diplôme de médecin colonial* de l'Université de Paris.

§ 7. MÉDECINE NAVALE

La médecine navale est à coup sûr une carrière moins tentante que la médecine militaire et la médecine coloniale.

A part la sécurité et les agréments sociaux de toute hiérarchie militaire avec retraite et distinctions honorifiques, elle n'offre que la satisfaction donnée au goût des voyages et avec peu de facilités pour étudier les pays exotiques, leur pathologie, leur ethnologie et leur histoire naturelle, puisque les période d'embarquement ne sont séparées que par de courts séjours à terre dans nos colonies et les pays où abordent nos navires de guerre.

Si les médecins de la marine ont des facilités pour perfectionner leur instruction médicale et même faire quelques recherches scientifiques dans les hôpitaux des arrondissements maritimes, ils n'ont guère de commodités

pour travailler dans leurs périodes d'embarquement. Il leur est plus facile de s'adonner à des œuvres d'imagination ou d'art, s'ils en ont le goût, mais leur pratique médicale est nécessairement restreinte et monotone.

Une autre infériorité, par rapport à la carrière coloniale, est que le recrutement « latéral », dont nous avons parlé dans le chapitre précédent et qui permet à des docteurs d'entrer à l'École d'application de Marseille n'existe pas. L'École d'application de Toulon ne reçoit que les médecins formés à l'École de Bordeaux.

Les étudiants en médecine qui désirent entrer dans le corps de santé de la marine disposent de deux procédés pour préparer le concours de l'École du service de santé de Bordeaux : 1° les Écoles annexes de la marine; 2° les Facultés et Écoles de médecine.

Une fois reçus à l'École principale de Bordeaux et après un séjour de trois ans, ils sont reçus docteurs en médecine et font un stage à l'École d'application de Toulon d'une année environ. Dans cette école, tout en continuant à se perfectionner dans les différentes branches de la science médicale, ils étudient les sciences qui leur sont plus spécialement utiles dans l'exercice de leur carrière : hygiène navale et coloniale, pathologie exotique.

Après un dernier concours qui clôture le stage, ils sont titularisés médecins de 2e classe.

Le corps de santé de la marine, en dehors des établissements hors ports (Ruelle, Guérigny, Indret), est réparti dans les six ports des arrondissements maritimes. Dans ces arrondissements se trouvent de grands hôpitaux. Certains ports, tels que Toulon, Lorient, possèdent deux hôpitaux maritimes; Rochefort possède un hôpital maritime et en outre l'hôpital civil.

En dehors de leurs périodes d'embarquement qui sont réglementées, les officiers du corps de santé trouvent dans ces hôpitaux toutes les ressources scientifiques nécessaires pour se perfectionner et même se spécialiser.

Ils peuvent, dans certaines conditions, obtenir des congés d'étude pour les différentes branches de la médecine (chirurgie, bactériologie, ophtalmologie, etc.) à passer dans les grands centres universitaires.

MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES

Il existe un diplôme spécial, ou plutôt une *commission* de médecin sanitaire, qui permet à des docteurs aimant les voyages maritimes de s'engager pour un temps plus ou moins long comme médecin des grandes Compagnies de navigation transatlantique.

Mais, pour les médecins qui désirent naviguer seulement en Méditerranée (Algérie et Tunisie), il suffit d'une autorisation renouvelée chaque année et délivrée par la direction du port de santé où a lieu l'embarquement, sur la présentation du diplôme de docteur et d'un extrait du casier judiciaire.

§ 8. ART DENTAIRE

Il est bon de rappeler, à notre époque d'encombrement médical, que l'art dentaire est une spécialité dans laquelle il y a encore largement place pour les docteurs en médecine. J'en connais un certain nombre qui, au cours d'une carrière déjà avancée, peu satisfaits de leur situation ou sentant leur santé insuffisante pour supporter les fatigues de la clientèle d'omnipraticien, ont appris, en un temps relativement court, la technique dentaire et n'ont eu qu'à se louer d'avoir changé leur orientation professionnelle. Mais n'eût-il pas été plus avantageux pour eux de s'orienter vers la stomatologie au cours de leurs études?

On sait quel succès ont eu les premiers docteurs et anciens internes qui ont abordé d'emblée la spécialité stomatologique, les Magitot, Galippe, Cruet, etc. Au moment où fut créé le nouveau diplôme de dentiste, ce dernier écrivait (1900) qu'il le jugeait inutile, le nombre des docteurs en médecine étant actuellement assez grand pour que, parmi eux seulement, on pût recruter les dentistes en quantité suffisante pour les besoins de la population. « Voilà des médecins à foison dont vous ne savez que faire, disait-il aux législateurs, et vous n'avez pas pensé qu'une magnifique carrière leur était offerte dans une spécialité comme la nôtre? Et comment croire qu'il était urgent de créer une nouvelle catégorie de demi-médecins, le jour même où on supprimait les officiers de santé? »

Bien que la nouvelle législation ait contribué à élever le niveau d'instruction des chirurgiens-dentistes, les progrès de la technique dentaire, la diffusion croissante dans toutes les couches de la population du souci de conserver ses dents ont et auront pour effet de nécessiter un nombre plus grand de dentistes; il y aura encore de bonnes situations à conquérir pour les jeunes docteurs qui, ayant suivi parallèlement les cours d'une Faculté et ceux d'une école dentaire, s'étant initiés de bonheur à la prothèse, pourront dès leur doctorat ouvrir un cabinet dentaire.

§ 9. DISTRACTIONS. — VOYAGES

Avant de quitter le médecin au terme de ses années d'apprentissage et de le retrouver aux prises avec les difficultés de la pratique, je veux dire quelques mots des distractions, qui sont indispensables à tous les étudiants, même aux plus acharnés « bûcheurs ».

J'ai vécu à une triste époque où beaucoup d'entre eux n'en connaissaient guère d'autres que de s'enfermer dans des cafés pour « consommer », jouer

aux cartes et parler politique dans d'irrespirables atmosphères. Je parle des années 1872-75. Les gouvernants d'alors refusaient les autorisations de groupements en associations officielles, qui auraient pu organiser des centres de distractions saines et intelligentes. Quelques petits groupes de provinciaux ou d'étudiants, unis par goûts communs d'arts, lettres, de science ou d'exercices physiques, ne sauvaient qu'une minorité des étudiants de Paris de l'abrutissant enlisement dans la vie des brasseries « à femmes ». Les plus intellectuels fréquentaient les concerts populaires, les ateliers de peinture ; les sportifs constituaient des équipes de canotiers.

Actuellement la situation est tout autre : *l'Association générale des étudiants de Paris, l'Association corporative des étudiants en médecine*, encouragées par les pouvoirs publics et les autorités universitaires, ont constitué des groupements considérables, qui peuvent entretenir un mouvement fécond de distractions intelligentes parmi leurs adhérents, qu'il faut souhaiter de plus en plus nombreux : conférences, discussions sur les questions littéraires, artistiques, historiques, organisations sportives.

Ces dernières méritent un encouragement spécial : à l'étudiant en médecine, qui passe tant d'heures dans les milieux peu salubres de l'hôpital, de la salle de dissection, du laboratoire, on ne saurait trop conseiller comme contrepoison l'*entraînement sportif*.

La santé est un des facteurs nécessaires à l'endurance de notre pénible profession et seul l'exercice physique de plein air peut conserver la santé. Aussi ai-je lu avec plaisir que l'A. G. E. P. avait une section sportive, le « Paris Université Club », qui venait de prendre l'initiative de doter la jeunesse universitaire d'un stade ou parc des sports, comme il en existe dans les universités anglaises et américaines.

Enfin, parmi les distractions souhaitables pour les grandes vacances, je conseille à tous les étudiants de *voyager* le plus possible, en France d'abord pour en connaître toutes les beautés, toutes les ressources climatiques et thermales, en prenant part aux V. E. M. dirigés par Carron de la Carrière, avant de se décider à se fixer dans une région plutôt que dans d'autre, — et aussi à l'étranger, chez nos voisins d'Angleterre, d'Italie et d'Espagne, plus loin encore, dans la mesure où le permettent les modestes ressources d'un étudiant.

DEUXIÈME PARTIE

LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE

AVANT-PROPOS

J'écris ce livre dans ma vieillesse, mais la genèse en a été lente. J'abordais l'internat quand le hasard m'a conduit à m'intéresser aux questions professionnelles.

Un de mes chefs me fit faire la connaissance d'un médecin qui venait de fonder un journal sur un plan nouveau et cherchait des collaborateurs : le médecin se nommait *Auguste Cézilly ;* son journal, *le Concours médical.* Cézilly était un praticien de Chantilly ; il avait, je crois, servi dans la marine, avait visité l'Amérique, connaissait les mœurs médicales anglaises et jouissait d'une belle clientèle d'entraîneurs et de jockeys. Ce n'était donc pas un déshérité de notre profession ; mais il s'était ému des plaintes fréquentes et justifiées de confrères qui souffraient de la crise professionnelle. Frappé des avantages que les Anglo-Saxons tirent de l'association sous toutes ses formes pour résoudre les difficultés sociales, il s'était promis d'en faire mieux comprendre l'importance aux médecins français.

Jusqu'alors, ceux-ci ne s'étaient associés qu'en nombre restreint sous la forme de Sociétés de Bienfaisance et de Secours mutuels : l'Association générale des médecins de France, qui avait, à l'origine, été une création des plus utiles avec sa Société Centrale et ses Sociétés Locales affiliées, n'avait pas, malgré la bonne volonté de quelques hommes de cœur et la générosité de plusieurs de ses dirigeants, pris toute l'extension souhaitable : elle rendait de réels services, mais n'arrivait pas à protéger un nombre suffisant de médecins contre les risques personnels de la maladie, les misères de la vieillesse et contre celles que leur mort prématurée entraîne trop souvent pour leurs proches ; elle visait aussi, mais bien accessoirement, le maintien du bon renom professionnel.

N'y avait-il donc pas lieu à provoquer de nouvelles organisations de mutualité sur des plans plus vastes et suivant des combinaisons plus variées ?

Ne pouvait-on recourir à des groupements suivant le mode syndical pour améliorer les conditions de l'exercice professionnel, en combattant la concurrence des charlatans, en augmentant les honoraires devenus manifestement disproportionnés avec l'accroissement du coût de la vie, en obligeant surtout les collectivités qui abusaient du désintéressement des médecins (mutualités, municipalités, État) à reconnaître le dévouement de ceux-ci par une rémunération suffisante ?

A. Cézilly pensait que, pour combattre efficacement la crise professionnelle, il fallait d'abord conduire des enquêtes consciencieuses au moyen du corps médical lui-même sur les causes de ses maux et provoquer sans cesse celui-ci à en chercher les remèdes : pour cela, il fallait un organe qui s'intéressât non pas accessoirement aux intérêts professionnels comme tous les journaux d'alors, mais principalement et presque uniquement. Dans l'esprit de son fondateur, le journal devait servir de noyau et de support à l'organisation d'une Société de médecins qui mettraient en commun leurs efforts, leur « concours », pour créer les organismes de mutualité et de défense professionnelle.

Il s'était inspiré, je crois, du *British Medical Journal*, organe de la British Medical Association d'Angleterre, et se proposait de faire mieux encore. Il ne voulait pas que son journal fût exclusivement professionnel, mais il désirait que la partie scientifique eût un caractère exclusivement pratique, réduisant les articles médicaux à des analyses serrées des principales publications, à la mise au point des questions mûres, à un choix parmi les applications thérapeutiques, en songeant que le praticien très occupé ne peut consacrer que bien peu de temps à la lecture, qu'il s'intéresse peu aux controverses scientifiques, mais a droit à des conclusions brèves et positives. C'est pour collaborer à cette partie scientifique et partager la tâche du secrétariat de la rédaction que j'entrai au journal.

Je n'avais jusqu'alors, au cours de mes études, apporté aucune attention aux questions professionnelles, pas plus sans doute qu'aucun de mes camarades d'externat et d'internat. Il y a trente ans de cela et les temps sont changés ; aujourd'hui les jeunes générations ont compris l'intérêt de ces questions. Les Associations d'étudiants les ont mises plus d'une fois à l'ordre du jour ; elles ont même fondé un organe où des articles spéciaux les ont abordées et j'ai moi-même contribué à les encourager (1). Mais dans les années 1875 à 1880, nous les ignorions, parce que la plupart de nos

(1) Les préoccupations déontologiques chez les étudiants et l'heureuse influence qu'elles peuvent avoir sur l'avenir de la médecine, *in Revue de déontologie et d'intérêts professionnels médicaux*, organe mensuel de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris. — 1re année, n° 1, octobre 1903. — Le secrétaire de la rédaction était un de mes anciens élèves, Wicart, interne des hôpitaux.

maîtres refusaient de s'y intéresser et ne nous en parlaient jamais. Elles n'éveillaient d'ailleurs guère d'échos parmi ceux qu'on a appelés tour à tour, tantôt avec une nuance d'envie les « heureux de la profession », tantôt avec une intention nettement agressive les « aristocrates de la médecine », puis les « officiels », c'est-à-dire les professeurs et agrégés, les médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris et des grandes villes, assurés pour la plupart de larges bénéfices professionnels — ni parmi les « savants purs » qui, confinés dans leurs laboratoires et quoique vivant chichement des médiocres émoluments accordés dans notre pays à cette catégorie pourtant si utiles de citoyens, se résignaient à leur médiocrité et restaient étrangers aux préoccupations et aux aléas de la clientèle.

Ce fut donc une révélation pour moi que la connaissance des souffrances matérielles de beaucoup de ceux dont je deviendrais bientôt le confrère, des luttes si âpres de la concurrence, des vilenies qui en étaient souvent la conséquence, des preuves manifestes de l'exploitation du labeur des médecins par les collectivités. J'y fus initié par la correspondance volumineuse qui arrivait au journal, par des conversations avec un groupe de médecins familiarisés avec ces questions et vraiment remarquables par leur dévouement à leurs confrères : Margueritte et Gibert (du Havre), Gassot (de Chevilly), Lande (de Bordeaux), Maurat (de Chantilly), Jeanne (de Meulan), etc. Je ne puis les nommer tous.

J'appris alors l'existence du Mouvement Syndical qui se développait dans certains départements avant même de posséder la capacité légale, les efforts faits pour grouper les praticiens en vue des œuvres d'assistance et de défense mutuelle.

Je fus ainsi mêlé à toutes les campagnes qui aboutirent à l'autorisation laborieusement obtenue de créer des Syndicats médicaux, à la formation de la Caisse médicale des Retraites, de l'Assurance médicale mutuelle contre la maladie, du Sou médical, créations dues à l'initiative de Cezilly et de la Société du *Concours médical*, ainsi qu'à la révision de la Loi sur l'Exercice de la médecine, poursuivie devant le Parlement par le docteur Chevandier, et qui abolit l'officiat de santé.

L'historique de ces œuvres, leur utilité, leur mécanisme seront exposés dans le chapitre consacré à la défense professionnelle ; si je les ai énumérées ici, c'est à fin de montrer comment, après avoir pris part à leur genèse, je fus amené à déplorer que les étudiants ne fussent pas éclairés par les Facultés, chargées de les instruire scientifiquement, sur les difficultés qui les attendent quand on leur a octroyé le diplôme doctoral.

Et je comprenais de mieux en mieux combien ces difficultés contribuaient à rendre la vie du praticien pénible et précaire ; beaucoup de

jeunes médecins, mal orientés, mal préparés, ignorant leurs droits et leurs devoirs, se découragaient, prenaient en dégoût une profession qui les nourrissait mal parce qu'ils savaient mal l'exercer et ne trouvaient d'autres moyens de soutenir la concurrence qu'en rivalisant de mauvais procédés avec leurs confrères.

Aussi me suis-je efforcé, dans les pages qui suivent, de retracer *les étapes de la vie du médecin*, en signalant les pièges qui le guettent dans les divers milieux où il exerce et les moyens par lesquels il peut défendre ses intérêts et son indépendance ; ce qu'il doit à ses confrères, à ses clients, à la Société, en un mot la *déontologie appliquée* plutôt que théorique.

Mais je me suis proposé aussi d'indiquer aux jeunes médecins, comme je le faisais à mes élèves d'avant-guerre, les *difficultés techniques* que réserve la pratique professionnelle.

Les causes de ces difficultés sont le nombre excessif des médecins et leur concurrence de plus en plus ardente, l'enchevêtrement des clientèles qu'a amené la facilité plus grande des déplacements en auto, la défiance croissante vis-à-vis de chaque médecin en particulier, — malgré sa foi plus grande dans la médecine en général, — d'un public dont l'esprit est troublé par la lecture mal comprise de journaux et brochures de malencontreuse et inexacte vulgarisation et dont la tendance s'affirme de plus en plus à changer de médecin comme on change de tout autre fournisseur au moindre mécontentement, la complication des liens sociaux qui rendent de plus en plus malaisée la psychologie des familles, enfin la multiplicité des rôles que le médecin doit assumer comme pivot de l'hygiène publique et des lois sociales.

A beaucoup de ces points de vue, les Facultés n'ont pas préparé les étudiants et il m'a toujours paru, d'après l'attention que me prêtaient mes auditeurs, qu'ils me savaient gré de leur ouvrir les yeux sur cet avenir troublant.

Aujourd'hui, mes conseils sembleront-ils superflus à des étudiants auxis ou aides-majors, qui du noble enfer des tranchées, des postes de secours et des ambulances, sont revenus cuirassés du triple airain de la patience, du courage, de l'abnégation ?

N'est-il pas bon toutefois de les prévenir qu'apres ces années de gloire une période va s'ouvrir où leur vie s'écoulera probablement terne par comparaison avec tant d'émotions, où le labeur professionnel risque de leur sembler monotone et ingrat ?

Ils ne connaissent de la pratique qu'une phase aussi exceptionnelle qu'émouvante. S'ils ont acquis la psychologie du combattant et du glorieux blessé, ils ignorent tout des sentiments de l'enfant, de la femme, du vieillard malades ; ils ne trouveront même pas chez l'ouvrier victime de l'acci-

dent du travail le même moral que chez le Poilu qui tombait en défendant son pays.

Ils ont donc encore plus d'une difficulté à vaincre dans le terre à terre de leur existence professionnelle et peut-être mes réflexions sur la pratique médicale offriront-elles encore à mes jeunes lecteurs d'après-guerre une partie de l'intérêt que paraissaient y prendre leurs aînés.

CHAPITRE PREMIER

Des conditions de la réussite professionnelle.

LE BON ET LE MAUVAIS SAVOIR-FAIRE

Quelles sont les conditions de réussite pour le médecin ?

Et d'abord quand peut-on dire qu'un médecin a réussi?

Quel est le critérium de la réussite ?

Est-ce la fortune? Certainement non. Nous connaissons tous des charlatans qui sont arrivés à la richesse. Il peut suffire de s'entendre avec un pharmacien pour faire une large publicité à la quatrième page des journaux, pour exploiter avec de gros bénéfices une spécialité médicamenteuse ; de s'affirmer détenteur d'un traitement efficace contre les plus fréquentes des maladies chroniques pour attirer dans son cabinet un courant sans cesse renouvelé de pauvres malades qui ont été traités sans succès par les méthodes officiellement enseignées. Celui-là n'était pas mal inspiré qui, au début de sa pratique, déclarait vouloir se consacrer principalement aux malades réputés incurables : il était sûr de voir venir à lui des patients parmi lesquels se trouveraient des non-résignés à s'admettre incurables et des impatients de guérir plus vite.

D'ailleurs, parmi les chroniques et les malades qui se disent « abandonnés par les médecins », il s'en trouve toujours qui ont été l'objet d'erreurs de diagnostic par suite d'examens insuffisants, ou de traitements mal appropriés, ou mal exécutés, ou suivis trop peu de temps ; dans ce lot de « faux incurables » un médecin instruit, patient, ingénieux, peut repêcher des cas qui, mieux étudiés, classés à leur vraie place dans le cadre des diagnostics, repris en sous-œuvre, s'amélioreront ou guériront. Un petit nombre de réussites semblables, que le public qualifie volontiers de résurrections, suffit pour assurer le succès d'un jeune médecin, et c'est alors un succès

bien mérité. Chacun de nous a passé à côté de ces faux incurables et tantôt se souvient avec plaisir qu'il en a dépisté quelques-uns, tantôt a appris ultérieurement qu'un confrère plus avisé avait réussi où lui-même avait échoué, et tantôt ignore à tout jamais son erreur.

Mais, pour revenir aux vrais incurables et aux chroniques avérés, ils peuvent faire, ils font chaque jour la fortune de médecins peu scrupuleux, qui leur offrent quelque panacée dont l'effet devra être infaillible à la condition d'en user très longtemps, et l'exploitation de telle ou telle formule fantaisiste peut valoir le revenu d'une belle ferme en Beauce. La fortune de ces exploiteurs éhontés de la misère humaine ne peut être considérée comme une réussite.

La *réussite honorable* est la conquête d'une clientèle assurant au moins l'aisance avec l'estime des confrères et des clients.

Celle-ci dépend, j'y ai insisté dans la première partie, de deux ordres de qualités : 1° l'instruction, le bagage intellectuel, le savoir; 2° les qualités morales naturelles ou acquises : le tact, qui permet de modifier sa manière d'être, son langage suivant les milieux ou les individus, la patience, la complaisance, qui comprend la patience, la douceur, mais n'exclut pas la fermeté, la discrétion, l'exactitude.

Pour réussir vite et dans toutes les circonstances, ces deux ordres de qualités sont nécessaires ; leur répartition en proportions variables explique, pour qui a su observer, les inégalités dans la rapidité et la persistance du succès professionnel. On peut obtenir un succès relatif par la valeur scientifique seule; on n'obtient le succès complet que par l'association des connaissances techniques et des qualités, je ne dis pas uniquement morales, mais plutôt sociales. Car il faut surtout au praticien ces qualités qui facilitent les rapports sociaux, l'art d'inspirer confiance, de s'attirer la sympathie, la complaisance. Telles qualités de l'ordre moral le plus élevé, la pureté des mœurs, l'inflexible véracité, la fermeté des opinions, ne suffiraient pas à attirer et à fixer la confiance si elles ne s'alliaient pas à des qualités moins hautes, mais plus prisées par la société, la douceur, la patience, l'exactitude, la discrétion.

Ces qualités sont tellement nécessaires qu'il n'est pas rare de voir échouer dans la conquête et la conservation d'une clientèle des médecins fort instruits et même très savants, tandis que des confrère d'une science médiocre et même insuffisante acquièrent et conservent pendant toute leur carrière la confiance de nombreux clients. A ceux-là on pardonne quelquefois même des erreurs manifestes.

De ce que nous disons, et que nous croyons incontestable, il ne faut pas conclure que le savoir-faire est préférable au savoir : un médecin instruit se fera toujours une place, il serait imprudent d'escompter le succès si

l'on ne devait être qu'un habile ; mais la place sera d'autant plus large — je ne dis pas plus belle — qu'au savoir le médecin unira, en plus ou moins grand nombre et à un degré plus ou moins élevé, les qualités que j'ai énumérées et qualifiées de sociales.

Parmi ces qualités, il en est même d'un ordre inférieur et qui jouent un rôle souvent plus grand dans la réussite que celles d'un ordre plus élevé, je signalerai l'exactitude et la propreté, le soin de sa personne physique et de ses vêtements. Et vraiment il n'est pas surprenant que dans l'appréciation des qualités du médecin le public attache souvent plus d'importance à des particularités d'un ordre peu relevé dans l'échelle de la valeur morale. On peut être un saint et être sale (il fut même un temps où c'était presque indispensable).

Les grands savants n'ont souvent aucune notion du temps. Mais, quand on est très occupé, on se lasse vite d'attendre toujours le médecin qui vous avait donné rendez-vous et qui arrive après un long retard ou même oublie de venir. On s'impatiente, soit parce qu'on souffre ou qu'on est inquiet, si la maladie est douloureuse ou paraît grave, soit parce que, dans la vie contemporaine, l'emploi du temps est étroitement réglé, même pour les personnes qui ne sont pas esclaves de leurs professions, mais qui ont hâte de retourner à leurs plaisirs. Les purs nosomanes eux-mêmes, qui ne s'intéressent qu'à leur santé et à cause même de la place primordiale que celle-ci tient dans leur existence, trouvent intolérable d'attendre l'homme qui doit les soulager ou du moins écouter leurs plaintes.

Quant à la propreté, elle est requise à juste titre par les malades, même de ceux qui ne l'observent pas pour eux-mêmes ; car ils savent le plus souvent que la malpropreté favorise le transport de germes morbides et met obstacle au succès de l'obstétrique, de la chirurgie.

J'ai parlé tout à l'heure du *savoir-faire*.

Dans la langue courante, un sens péjoratif s'attache à cette expression. Cela me paraît fâcheux et injuste dans une certaine mesure. N'y aurait-il pas intérêt à réagir contre l'emploi constant dans une acception sévère d'une association de deux mots qui, en rigoureuse analyse, ne comporte pas nécessairement la notion d'avilissement et même qui permet d'exprimer une qualité plutôt qu'un défaut?

Du moins serait-il équitable de distinguer un mauvais et un bon savoir-faire. On oppose souvent le savoir et le savoir-faire ; on laisse ainsi supposer que celui qui se contente de savoir est supérieur à celui qui sait et qui agit en conséquence. Est-ce un simple jeu de mots opposant le savoir au faire ?

En réalité le savoir-faire ne devrait être considéré comme avilissant que s'il implique la conduite de celui qui cherche à dissimuler l'absence de

savoir par une certaine manière de faire propre à laisser croire qu'il sait. Mais, quand celui qui sait est capable en outre de faire valoir ce qu'il sait, quel mal y a-t-il à cette addition, si les moyens employés pour faire valoir ce qu'on sait n'ont rien de contraire ni à l'honneur, ni à la délicatesse, ni à la bonne confraternité?

Il suffit d'avoir vécu et observé pour se rendre compte qu'il ne suffit pas qu'un médecin soit instruit pour conquérir une belle clientèle, s'il n'associe pas à son instruction certaines manières d'agir capables de satisfaire ses clients, étant de celles qui rendent les rapports sociaux agréables.

Je me crois donc en droit de distinguer, — sans mériter la qualification de casuiste au sens des *Provinciales*, — un mauvais et un bon savoir-faire.

J'appelle *mauvais savoir-faire :*

Exagérer la gravité d'un cas qu'on sait bénin, afin de se laisser attribuer le mérite d'une guérison prétendue difficile ;

Insinuer, quand il est question de ses confrères, qu'ils ont commis des erreurs ou n'ont pas utilisé des moyens dont soi-même on se fût servi ;

Parler avantageusement de soi-même, se vanter des études qu'on a faites, des maîtres qu'on a eus, des hautes relations dont on dispose ;

Se montrer obséquieux à l'excès avec ses clients riches et négliger les clients modestes ;

Se faire attendre sans nécessité, en laissant croire qu'on est débordé par le nombre de ses clients ;

Se montrer trop recherché dans sa tenue, jeter de la poudre aux yeux par un luxe de mobilier, de domestiques, de voiture, excessivement disproportionné à ses ressources ;

Afficher des opinions politiques ou religieuses contraires à celles qu'on a en réalité pour complaire au milieu dans lequel on exerce ;

Flatter les mauvaises passions de certains membres d'une famille qu'on sait influents sur leur entourage, afin de conserver cette clientèle, et rechercher des confidences inutiles afin de se rendre indispensable parce qu'on dispose des secrets de la famille ;

Accepter de servir d'intermédiaire dans des circonstances d'ordre extra-médical ;

Approuver ou paraître approuver des actes ou des paroles malhonnêtes, à plus forte raison les favoriser.

Une telle conduite est condamnable, ridicule ou odieuse.

Mais j'appelle *savoir-faire légitime et louable* :

Chercher à plaire à la plupart des malades — on ne peut jamais plaire à tous — par son exactitude, son empressement à se rendre aux appels, par sa douceur et sa patience, par sa complaisance à discuter leurs préjugés sans les repousser avec dédain et afin de les réfuter peu à peu efficacement ;

Chercher à pénétrer le caractère de chacun de ses clients pour y conformer son langage, son attitude, sa thérapeutique même parfois, dans la mesure où le comporte l'intérêt de ce malade ;

Tenir compte de l'état social et des ressources réelles plutôt qu'apparentes, en ne créant pas de frais inutiles ;

Être toujours discret et ne pas paraître voir ce qui peut humilier ou froisser ;

Ne pas se mêler, sans utilité médicale, des affaires et des plaisirs de ses clients ;

Ne pas faire étalage de ses opinions, quand on ne vous les demande pas, sans toutefois les cacher dans le cas contraire, et ne pas s'acharner à les faire partager, à moins qu'il ne s'agisse de combattre des préjugés relatifs à l'hygiène, l'alcoolisme, les contagions, la débauche ; encore convient-il de faire la bonne propagande avec tact et méthode, sans prendre un ton pédant, ni tranchant, ni agressif, ni méprisant ; en d'autres termes, ne pas faire fi de l'habileté et de la diplomatie en vue de mieux atteindre un but utile ;

Avoir un soin suffisant de sa personne et de sa tenue, une propreté méticuleuse et un train de maison correct en rapport avec le milieu où on exerce.

Personne ne peut transformer complètement son caractère, mais chacun peut certainement modifier dans une assez large mesure ses habitudes, avec quelque persévérance, en vue de plaire à ses clients ou au moins de ne pas les heurter ; cette adaptation professionnelle est une bonne part du bon savoir-faire.

Je sais bien que le bourru bienfaisant, le praticien sans façon et même sans gêne peuvent réussir dans certains milieux ; le bavard solennel peut en imposer dans d'autres ; le médecin malpropre sera toléré par ceux qui n'en auront pas d'autre à leur portée. L'inexact, qu'il faut toujours envoyer chercher plusieurs fois, l'intempérant même, dont on dit : « Il faut le consulter de bonne heure, car à la fin de la journée les apéritifs l'ont rendu moins lucide ! », trouveront encore des clients, mais à la condition de compenser leurs défauts ou leurs tares par quelque qualité solide, — et surtout de n'avoir par de concurrents plus plaisants.

CHAPITRE II

Orientation professionnelle. — Médecine générale ou spécialité.

CHOIX D'UN POSTE, D'UNE RÉSIDENCE (PARIS, VILLE, CAMPAGNE, COLONIES, ÉTRANGER). — DANGER DES DÉPLACEMENTS FRÉQUENTS.

Il est préférable, et plus que jamais prudent en ces temps difficiles, qu'un étudiant n'attende pas le lendemain de la soutenance de sa thèse pour songer à l'orientation qu'il adoptera dans sa carrière de praticien, et pour plusieurs raisons.

D'abord, s'il songe à exercer une spécialité, il est nécessaire qu'il ait employé ses dernières années de scolarité autrement que s'il veut être omnipraticien. Nous l'avons dit, en traitant de la formation du médecin, pour devenir chirurgien, accoucheur, dermatologiste, ophtalmologiste, otorhinolaryngologiste, etc., il faut avoir consacré à l'acquisition de l'habileté technique, à la fréquentation d'hôpitaux spéciaux, une moitié de son temps d'études.

Mais, même pour la médecine générale, il faut avoir songé à la résidence qu'on peut viser, au moins en tenant compte des grandes divisions : la Ville (Paris et grandes villes (1), villes moyennes, campagne, car, suivant ces différentes éventualités, on doit modifier sa préparation professionnelle.

Je crois que bon nombre de carrières médicales sont entravées ou gâtées parce que le jeune médecin a pris au hasard le premier poste qui s'est offert, sans avoir mesuré les chances qu'il avait d'y réussir. Plus d'un,

(1) La distinction entre les grandes villes et les villes de population moyenne est nécessaire : à Lyon, à Bordeaux, à Marseille, etc., un médecin se trouve à peu près dans les mêmes conditions qu'à Paris; il lui faudra encore choisir entre les grands quartiers et les faubourgs.

après quelques mois, une ou deux années d'installation dans une résidence, s'aperçoit qu'il n'y a point le succès espéré ; il se déplace, quelquefois sans plus de réflexion qu'avant sa première installation ; ces déplacements sont onéreux ; s'ils se multiplient, ils donnent, dans la résidence nouvelle, aux habitants, qui n'ignorent pas longtemps les déplacements successifs du nouveau venu, l'impression qu'il a échoué pour cause d'insuffisance professionnelle, et voilà une carrière compromise.

Ces déplacements épuisent les ressources d'un débutant ; les échecs successifs lui enlèvent — ce qui est plus précieux encore — le courage et la confiance en soi.

En général, pour qu'un déplacement soit légitimé aux yeux du public, il faut qu'il s'explique par des raisons de santé (changement de climat), par le désir de passer de la campagne à la ville, d'une petite ville dans une grande (le changement laissant supposer que le praticien ayant bien réussi sur un petit théâtre se sent capable d'en affronter un plus grand), ou bien, dans les circonstances exceptionnelles d'aujourd'hui, par l'impossibilité de retrouver son poste dans les régions envahies.

Les plus heureux étudiants sont ceux dont les pères sont médecins et se trouvent précisément par leur âge en opportunité de les faire agréer comme successeurs par leurs clients. Encore y a-t-il quelques réserves à faire, les fils n'ayant pas toujours la valeur scientifique ou les qualités sociales qui ont assuré le succès des pères, et plus d'un fera mieux parfois de chercher une autre voie ou une autre résidence pour ne pas risquer de faire déchoir le nom et de ne pas être écrasé par la comparaison.

Mais les étudiants qui n'ont pas à espérer de future succession de père ou d'oncle doivent discuter sérieusement et assez tôt le problème de leur avenir : la plupart se trouveront bien de se faire quelque peu guider par les conseils de ceux de leurs maîtres qui, les ayant appréciés, peuvent être bons juges de leurs aptitudes.

Le fils d'une famille bourgeoise d'une ville de moyenne importance a-t-il plus de chances de réussir dans sa ville natale qu'ailleurs? La question est controversée. Juhel-Rénoy n'a pas tort de dire, avec sa verve charmante : « Il n'est pas de plus mauvais parrains que les familles, les amis intimes... ils ne peuvent arriver à s'imaginer que le petit Chose, qu'ils ont vu au temps jadis barbouillé de confitures ou gravement occupé à jouer à colin-maillard, que le jeune étudiant, amateur de propos gais, quelquefois lestes, est devenu l'homme grave, sérieux, impeccable, qu'ils rêvent d'avoir pour médecin ; ils ne peuvent pas confier, eux, les gens assis et considérés, leurs santés, leurs secrets, au bambin, au collégien, à l'étudiant qu'ils ne cessent de revoir en leurs souvenirs. » Juhel-Rénoy reconnaît pourtant lui-même que « le jeune provincial est souvent poussé très vigoureusement

par sa famille et ses amis ; parfois même on y met trop d'ardeur, mais presque toujours, dans ces cas, le médecin appartient à une famille aisée, bien posée, dont les avis ont force de loi ; alors, c'est un gros élément de succès. Mais si, au contraire, l'apprenti sort des classes inférieures de la société, s'il confine au prolétariat par les siens, qu'il s'exile résolument (1) ».

Le problème a donc deux aspects : une solution moyenne et sage est d'utiliser les avantages que donne un nom estimé dans une région, des relations de famille, la connaissance des coutumes pour s'installer dans un périmètre assez rapproché de sa ville natale. Il n'est pas indifférent, en province, d'avoir soi-même quelques traits du caractère régional, les manières de sentir, de parler et, parfois même, l'accent : il faut un certain temps pour qu'un natif du Pas-de-Calais se fasse accepter à Toulouse, et inversement.

Pour exercer à la campagne, il faut d'abord l'aimer, ou tout au moins ne pas s'y sentir exilé, comme il arrive à certains citadins déracinés, qui ne se consolent pas de se sentir sevrés des distractions des grandes villes (théâtre, concerts, bals, dîners) ; ils se disent bien que la plupart du temps les médecins de la ville sont empêchés par leurs obligations professionnelles de jouir de ces distractions, mais ils espèrent toujours qu'au premier moment de loisir ils pourraient en profiter. Quelquefois, c'est la femme, ce sont les filles déjà grandes qui avivent les regrets d'un père mal résigné. Il est bon aussi de comprendre le caractère des paysans, de pouvoir se faire apprécier par eux ; il faut une certaine résistance physique aux variations atmosphériques, à la voiture, à la bicyclette ou à l'auto.

Dans une ville, il faut encore songer au milieu social dans lequel on a chance d'être appelé à évoluer, suivant le quartier où on aura ouvert son cabinet. Pour avoir rapidement des clients, à moins qu'on ait acquis une clientèle toute formée, il faut se résigner à les avoir modestes, ouvriers, petits commerçants des quartiers périphériques ou faubourgs ; il ne faut pas avoir été élevé dans un milieu de carrières libérales ou de haute bourgeoisie, sinon le contraste entre les habitudes de famille et celles des clients parmi lesquels on vit est pénible et engendre même parfois la mésentente avec ceux-ci ; le médecin paraît « un monsieur trop fier ».

Inversement, un jeune médecin, issu d'une famille ouvrière ou paysanne et qui n'aurait pas eu, pendant la durée de ses études, le temps ou l'occasion de s'initier aux habitudes, au langage, aux préjugés de la haute société des grandes villes et surtout de Paris, risque d'être assez long à se mettre en équilibre avec ce milieu et de ne pouvoir même profiter des aubaines que telle circonstance heureuse ou la protection d'un maître pourrait lui valoir.

(1) *Vie professionnelle et devoirs du médecin*, Paris, O. Doin, 1892.

Ce que je dis s'applique surtout à l'omnipraticien, à celui qui aspire à être médecin de famille ou de quartier. Les chirurgiens, les spécialistes sont dans des conditions tout autres : le public, même raffiné et riche, ne s'inquiète pas si la main qui manie habilement le bistouri est celle d'un rustre mal dégrossi.

Si on aspire à obtenir à Paris ou dans une des très grandes villes la clientèle des classes moyennes et surtout riches, il faut avoir des titres spéciaux (internat, clinicat) — et avoir déjà des relations familiales ou mondaines — être assuré de l'appui de maîtres ou de confrères âgés et bien posés — ou aborder la carrière des concours qui mènent aux hôpitaux.

Pour les très grandes villes de province, comme Lyon, Bordeaux, Marseille, il est presque indispensable d'y être né, d'y avoir de la famille ou des relations, ou d'y avoir fait tout ou partie de ses études ; car le particularisme y est très accusé. Un Lyonnais peut réussir à Paris, un Parisien a peu de chances d'être vite adopté à Lyon.

La santé doit peser dans la balance des choix : pour suffire à la clientèle des quartiers ouvriers, où le faible prix des visites oblige à en faire beaucoup, à monter de nombreux étages, il faut une constitution robuste, n'avoir aucune tare cardio-vasculaire ni pulmonaire.

Quand un jeune médecin n'a de relations utiles nulle part, ni à Paris ni en province, il devrait plus souvent songer à nos colonies ou protectorats, dans lesquels il y a encore des postes d'avenir. (Voir l'*Apprentissage*, p. 153.)

Il ne faut pas non plus négliger l'Étranger ; car, si les pays étrangers ont souvent aussi trop de médecins nationaux, ils n'en peuvent pas moins offrir des clientèles avantageuses à des Français dans la colonie française, et même parmi les nationaux, si on sait leur langue. En France ne voyons-nous pas réussir bon nombre de confrères étrangers?

Les conditions légales pour exercer à l'étranger ont été publiées avec soin par mon ami Darras dans le *Concours médical* (1913, pp. 1462 et 1503).

Les Dominions anglo-saxons, l'Australie, où Crivelli a si bien réussi, dans les circonstances présentes, accueilleront avec bienveillance des Français sachant l'anglais, les États-Unis aussi. Il serait aisé de citer les noms de Français qui ont trouvé des situations enviables au Canada, dans l'Inde, au Japon même. Les Républiques de l'Amérique du Sud nous seraient aussi accueillantes.

Apprendre à parler l'anglais et l'espagnol devrait être une distraction de beaucoup d'étudiants en médecine et l'Association des étudiants devrait avoir des cours organisés en permanence avec le concours des Unions France-Amérique, France-Espagne, etc., qui se sont formées pendant la guerre.

CHAPITRE III

L'installation.

EXTINCTION DES DETTES. — LE MARIAGE. — BUDGET. — APPARTEMENT. — MOYENS DE TRANSPORT.

Un des premiers soins du médecin au moment de son installation doit être l'établissement de son budget.

S'il a été un étudiant sage, rangé, accoutumé à ne pas dépenser plus que la pension que ses parents lui allouaient, craignant les dettes et n'en ayant pas contracté au moment où il quitte la Faculté, il n'a pas besoin de conseils et continuera sans effort à proportionner ses dépenses à ses recettes.

Ce n'est pas calomnier les jeunes gens que de dire que ce type est plutôt rare. Pour la plupart il faudra au contraire rompre avec des habitudes qui, déjà gênantes pendant la période scolaire, deviennent néfastes pour le praticien.

Si le jeune docteur a un certain passif de *dettes,* il agira prudemment en le liquidant grâce à l'intervention de sa famille après l'aveu loyal du déficit : la circonstance est particulièrement favorable pour effacer le passé, les parents étant enclins à l'indulgence au moment où le fils vient de terminer brillamment (nous l'espérons) ses études et où ils s'attendent en général à compléter les sacrifices consentis jusque-là, en installant le praticien débutant d'une manière conforme aux ressources de la famille.

Si le jeune docteur ne peut trouver auprès des siens le secours nécessaire pour liquider d'un seul coup son passif, il fera bien de prendre des arrangements avec ses créanciers, qui s'y prêteront d'autant plus aisément qu'ils verront le débiteur installé et lui accorderont volontiers les délais nécessaires pour s'acquitter ; mais il est prudent de *ne pas contracter de billets*

à ordre à dates fixes ; mieux vaut s'engager à une restitution annuelle proportionnelle aux bénéfices de la clientèle.

Bon nombre de jeunes gens liquident leur passif en se mariant. Il ne manque pas de familles qui, si le jeune homme donne par sa conduite passée, sa tenue présente et les renseignements pris sur son avenir probable des garanties rassurantes, ne demandent qu'à favoriser l'installation du mari qu'ils choisissent pour leur fille, en lui permettant de prélever sur la dot la somme nécessaire pour effacer le passif et créer le foyer. Cette manière de procéder, conforme à nos mœurs, est parfaitement acceptable si le prétendant à la main de la jeune fille a fait, en même temps que sa demande, l'aveu loyal de son passif.

Pour les jeunes gens dont la famille personnelle a une situation pécuniaire suffisante pour les doter, l'usage est que le prélèvement nécessaire à l'acquittement de la dette soit pris sur leur dot.

Cette digression nous amène à parler du *mariage du médecin ;* c'est un acte important dans toute existence, mais plus encore peut-être dans notre profession que dans beaucoup d'autres.

Nous ne sommes pas de ceux qui peuvent considérer le mariage comme une affaire. Mais qui niera que c'est un acte capital, même dans une société où la fréquence excessive du divorce semble avoir laissé pénétrer dans les esprits des jeunes gens l'arrière-pensée qu'il offre toujours une ressource pour réparer un mauvais choix ?

Plus d'un lecteur dira peut-être qu'il est superflu de donner des conseils en vue du mariage, parce que l'Amour, qui, comme l'Esprit, « souffle où il veut », en décide le plus souvent, ou d'autres circonstances indépendantes de la volonté ; mais, quand on a des cheveux blancs et qu'on a regardé autour de soi toute sa vie, on peut affirmer que les mariages d'amour sont exceptionnels et que les mariages dits de convenance sont bien plus fréquents. Les conseils que nous donnons ne visent donc que les jeunes confrères qui, parvenus au terme de leurs études sans avoir contracté de liens précoces ou sans avoir en vue, par suite d'une inclination spéciale et supérieure à toute autre considération, un mariage déterminé, cherchent à contracter mariage en s'aidant des avis de leur amis.

Avec lumière et choix cette union veut naître,

dit Alceste de l'amitié ; il faut penser de même au sujet du mariage de convenance, qui commence par l'amitié et doit aboutir, s'il est à souhait, à l'amour conjugal, le meilleur lot sans doute de l'homme et de la femme en ce monde.

Nous ne pouvons en aucune façon encourager ce qu'on est convenu d'appeler le « mariage riche », ce qui veut dire, dans la langue mondaine, le

mariage dont le mobile unique ou principal est la conquête d'une grosse dot, assurant au jeune médecin la tranquillité absolue pour l'avenir, soit que ses beaux-parents se contentent de le voir attendre paisiblement la formation lente d'une clientèle de « relations », soit qu'ils espèrent le voir conquérir, par les concours des hôpitaux ou de l'agrégation ou par des travaux scientifiques, une notoriété flatteuse pour la femme et la famille.

Cette combinaison, parfaitement respectable, a malheureusement dans beaucoup de cas des inconvénients qu'il ne faut pas dissimuler. Une clientèle de relations ne sera jamais bien nombreuse ; car nous ne voyons guère en général les gens choisir leur médecin uniquement pour faire plaisir à leurs amis.

Quant à la réussite des concours, elle ne s'obtient que par plusieurs années d'un travail sans relâche, que viennent singulièrement troubler les obligation mondaines contractées par l'entrée dans une famille opulente. La jeune femme d'un « candidat » doit ou bien renoncer à la vie mondaine pour ne pas paraître dans le monde sans son mari ou bien l'entraîner avec elle dans les dîners, théâtres ou bals, et alors le résultat sera probablement l'échec dans les concours ; ou bien il y aura quasi-divorce amiable, si le mari demeure à la maison à travailler pendant que sa femme ira dans le monde.

Aucune de ces trois alternatives n'est enviable. Comme issues à une situation de ce genre nous avons vu quelquefois la mort du mari surmené prématurément par la double fatigue du travail et de la vie mondaine — ou le refroidissement graduel des liens de famille, si les échecs du mari ne répondent pas à l'attente des succès escomptés et si la femme prend le parti de son mari contre ses parents. — ou le relâchement du lien conjugal, si la femme, d'une moralité médiocre, prend le dédain du mari humilié.

Tout autre est le mariage d'une jeune fille ou jeune femme riche avec un jeune (?) agrégé ou médecin ou chirurgien des hôpitaux, qui apporte en regard de la situation pécuniaire de sa belle-famille, non plus des espérances, mais des titres acquis, dont la valeur sociale est hautement cotée. Mais, sauf exceptions bien rares, le titulaire de ces titres n'est plus un jeune qu'au point de vue scientifique et l'écart d'âge risque d'être assez grand entre les époux pour créer quelques dissonances, surtout si le mari, quelque peu fatigué par de nombreuses années d'un labeur sans trêve, éprouve plutôt la soif du repos que celle des distractions mondaines auxquelles il n'est pas entraîné, repos d'autant plus nécessaire que la clientèle, arrivant rapidement, et des obligations professionnelles ou scientifiques vont lui apporter un nouveau fardeau.

Pour que des combinaisons matrimoniales du genre de celles que nous venons de supposer tournent bien, c'est-à-dire à l'avantage des deux con-

tractants, il faut que la famille qui recherche un gendre dans ces conditions et la jeune fille ou la jeune femme qui l'accepte sachent bien d'avance quelle doit être l'existence du mari et en aient accepté les conditions très spéciales. Cette acceptation est facile quand le jeune médecin, riche seulement d'espérances, est agréé par une famille médicale directement ou indirectement bien renseignée sur les obligations professionnelles.

Mais laissons de côté ces cas exceptionnels et les espérances dorées, qui ne suffisent jamais à donner le bonheur. Envisageons le cas le plus fréquent et précisons quelles sont les qualités que doit rechercher un jeune médecin dans la fiancée qu'il veut se choisir.

A vrai dire, il n'en est qu'une indispensable et fondamentale, c'est *que la future femme de médecin comprenne bien quelles sont les exigences de notre profession et ait la ferme volonté de s'y adapter*. Elle doit savoir que son mari ne lui appartiendra pas plus qu'il ne s'appartient lui-même, étant d'abord à toute heure le serviteur des malades, qu'il ne pourra qu'exceptionnellement, au moins pendant les premières années, prélever sur ses mois, ses années de labeur professionnel, quelques heures ou quelques jours de loisir pour se reposer et se consacrer aux siens; que bien souvent des projets de distraction en famille, caressés d'avance, seront rompus au dernier moment; et qu'enfin, épreuve plus pénible encore, les rares heures que le médecin peut consacrer aux siens sont souvent gâtées par les préoccupations qui l'obsèdent au sujet de ses malades. Sa femme et ses enfants, qui ne pourront pas toujours prendre leurs repas aux mêmes heures que lui, le verront souvent, même dans les moments de réunion, distrait, absent intellectuellement ou nerveux et irritable, si bon caractère qu'il ait; car, quelle que soit l'accoutumance acquise par la pratique, aucun praticien consciencieux ne peut oublier un instant certaines responsabilités morales et même légales.

La connaissance des difficultés et des exigences de la profession rend très désirable pour le médecin le choix d'une compagne appartenant à une famille médicale. On ne saurait trop encourager ces mariages.

La femme du médecin ne devra pas être jalouse ou ce sera l'enfer conjugal. J'ai connu un confrère qui a dû divorcer parce que sa femme ne pouvait résister à ses impulsions soupçonneuses, venant frapper sans cesse à la porte de son cabinet ou y pénétrant même brusquement et sans prévenir, quand il était occupé à donner une consultation à une cliente jeune.

Elle ne doit pas être plus curieuse que la moyenne des personnes de son sexe et ne pas harceler de questions son mari au sujet de sa clientèle, ni paraître dans sa conversation instruite des secrets professionnels. C'est évi-

demment le médecin praticien de clientèle générale qui a besoin d'une compagne capable de s'adapter ainsi à ces nécessités de métier; certains spécialistes qui soignent les yeux ou les oreilles, le rhinopharynx, les dents, ont une existence plus facile à régler, moins dépendante du public. Mais c'est toujours le cas le plus général que nous devons avoir en vue.

J'ai montré comment le médecin pouvait difficilement participer à la vie mondaine ; il doit donc souhaiter une compagne qui sache y renoncer aussi et créer à son mari un intérieur agréable : elle sera d'un grand secours à celui-ci, si elle peut comprendre l'intérêt de ses occupations et devenir la confidente discrète de ses soucis, la consolatrice de ses déboires. Le moins qu'on puisse demander, c'est qu'elle n'éprouve pas de répulsion pour la profession. Le médecin doit désirer une femme non pas bas-bleu, mais d'une instruction assez large pour qu'il puisse sans difficulté parler devant elle des questions médicales; l'idéal, quand le médecin est un chercheur, est la femme qui peut à certains moments lui servir de secrétaire. Nous en avons connu plus d'une qui excellait à tenir à jour des fiches bibliographiques.

Tout au moins la femme du médecin mettra-t-elle son amour-propre à tenir bien sa maison, de façon à faciliter de tout son pouvoir la marche régulière de sa profession, en organisant et modifiant quand il faut les horaires, en comprenant à demi-mot les nécessités du jour, en choisissant bien ses domestiques, en dirigeant l'éducation des enfants de manière à ce qu'il en résulte pour le mari le moins de dérangement possible, tout en tenant celui-ci au courant de tous les incidents physiques et moraux et en choisissant pour cela les rares moments où le praticien est libre de corps et d'esprit.

Elle devra enfin, le plus souvent, décharger son mari du souci de la comptabilité professionnelle (inscription régulière des visites faites, des visites à faire, envoi des notes d'honoraires et rentrée de ceux-ci en temps utile).

Les mariages « dits médicaux », entre docteur et doctoresse, ont d'abord été si exceptionnels que la galerie se demandait quel en serait le résultat; on avait parlé d'entraves réciproques, de jalousies professionnelles, comme dans certains mariages entre artistes. L'événement a prouvé que, toutes proportions gardées, les ménages de mari et femme médecins sont parmi les meilleurs, soit que la femme ait renoncé à l'exercice personnel pour se faire uniquement collaboratrice ou assistante, soit que chacun d'eux ait sa clientèle personnelle. Les exemples de doctoresse ayant épousé un mari non médecin sont plus rares, mais nous en connaissons de très heureux exemples.

La charge de secrétaire comptable et d'économe diligente, que nous attri-

buons à la femme du médecin, nous ramène à la question du budget. Car, si le jeune médecin s'installe en se mariant, c'est d'un commun accord que les fiancés ou les nouveaux mariés établiront celui-ci.

Pour le médecin, le *budget* change beaucoup, suivant qu'il exerce dans une ville petite ou grande ou à la campagne, ou qu'il exerce une spécialité. Les points fondamentaux sont toujours : le logement, les moyens de transport, les serviteurs.

Le choix d'un appartement dans Paris ou dans une très grande ville dépend essentiellement du genre de clientèle auquel le jeune médecin peut prétendre, au moins à ses débuts. S'il n'aspire qu'à attendre patiemment la formation d'une clientèle choisie, et il ne peut le faire que s'il est assuré de relations nombreuses, de l'appui de certains maîtres, il prendra un appartement convenable, mais sans s'exposer à grever son budget d'un loyer excessif (à moins que la question d'argent ne compte pas pour lui, et alors nos conseils sont superflus).

Le choix du quartier sera déterminé souvent par le voisinage d'un maître, qui pourra rapidement faire appel à son concours, ou lui adresser certains clients dont il ne peut se charger lui-même, ou par le groupement des familles par lesquelles il peut espérer être appelé. Dans les quartiers centraux, certaines rues peu fréquentées, le côté cour des rues principales offrent au débutant des ressources à ne pas dédaigner.

Il faut mettre en garde les débutants contre une opinion trop répandue, suivant laquelle un bel appartement, luxueux, est utile pour attirer et fixer les clients aisés ou riches. La plupart des clients riches qui s'adressent à un jeune médecin le font venir chez eux et ne vont guère chez lui ; peu leur importe le luxe de son appartement. Les clients modestes sont plutôt effrayés par le luxe. Quant à la clientèle dite de consultation qui se compose de malades ayant déjà un médecin de famille et allant accidentellement consulter un jeune médecin signalé à leur attention par quelque notoriété spéciale, elle vient toujours sur la recommandation d'amis ou de médecins dont le patronage garantit le mérite du débutant ; il est inutile et même dangereux de vouloir jeter de la poudre aux yeux, si on aspire à un succès de bon aloi et durable.

L'important est que *la disposition intérieure de l'appartement* rende aussi indépendante que possible de la partie consacrée à la famille celle qui est consacrée aux clients. Il est désirable que le client, dans le cabinet du médecin, n'entende pas les bruits, ni surtout les conversations des pièces voisines ; car il est alors fondé à croire que ses confidences au médecin peuvent être entendues aussi, et rien n'est plus désagréable à beaucoup de malades.

Le médecin doit pouvoir disposer, outre son cabinet, d'une pièce attenante

pour certains examens spéciaux et pour pouvoir s'isoler soit avec le malade, s'il est accompagné de personnes dont il faille momentanément écarter la présence, soit avec un confrère accompagnant le malade. Il est utile d'avoir une pièce d'attente, qui est en général le salon, mais qui, dans les appartements restreints, peut être la salle à manger, à la condition d'imposer aux serviteurs ou aux personnes de maison de ne pas avoir à rentrer dans cette pièce pour la vie familiale à l'heure où elle est devenue professionnelle, à la condition aussi que de cette pièce d'attente on ne puisse pas entendre les paroles échangées entre client et médecin.

Il est avantageux que le client sortant du cabinet du médecin puisse gagner directement l'antichambre (ou même le palier de l'escalier par une sortie particulière), sans être vu par les autres personnes qui attendent. Nous recevons de temps en temps des clients qui, très ombrageux, ou craignant de rencontrer dans la salle d'attente quelque figure de connaissance, expriment le désir d'attendre dans une pièce particulière : si on ne peut leur donner cette satisfaction, on leur assignera une heure fixe de rendez-vous autre que celle de la consultation banale.

Les médecins pourvus d'une clientèle spéciale d'ouvriers ou d'employés, de mutualistes ou d'inscrits au bureau de bienfaisance, assez nombreuse pour créer un courant quelque peu différent d'allures par sa tenue ou par ses costumes du noyau habituel de la clientèle bourgeoise plus relevée, donneront satisfaction à cette dernière, qui habituellement désire attendre dans la tranquillité l'heure de sa comparution devant le médecin, en consacrant aux clients trop nombreux et bruyants une heure et, s'il est possible, une pièce spéciales.

Après les frais de logement, dans le budget spécial à la profession, figurent les *moyens de transport*. Sauf dans certaines spécialités où il attend presque toujours le client dans son cabinet, le médecin a besoin de se déplacer souvent et rapidement. Jadis, à la campagne le cabriolet, le cheval dans les pays trop accidentés, étaient les seuls moyens employés. Il y a une quarantaine d'années, la bicyclette est venue déjà améliorer la situation ; depuis vingt ans, l'automobile, la motocyclette ont produit une révolution de plus en plus importante, et désormais presque tous les confrères ont une auto ; les avantages en sont évidents : possibilité d'aller visiter chaque jour et plusieurs fois le même jour des malades éloignés ; extension de la clientèle de chacun ; possibilité de loisirs grâce à la rapidité avec laquelle les tournées sont faites, loisirs que le médecin peut utiliser pour se reposer, s'instruire ou entretenir des relations plus suivies avec ses confrères ; on peut dire que l'auto a contribué à rendre possibles les réunions professionnelles périodiques, d'où sont issus nos syndicats.

Mais l'auto, avec ses difficultés d'entretien, les soins qu'elle nécessite, a

fait naître des préoccupations d'ordre mécanique qui dans certaines existences médicales ont joué un rôle parfois excessif : nous avons connu quelques confrères qui s'intéressaient beaucoup plus aux progrès de l'industrie automobile et aux nouvelles « marques » qu'aux découvertes médicales.

Les frais sont plus élevés que ceux des voitures et chevaux d'autrefois ; ils sont compensés, quand la population le comporte, par la possibilité de pouvoir faire un plus grand nombre de visites. On peut se promener en famille ; l'auto découverte est pour les confrères entraînés un agent hygiénique, surtout s'ils conduisent eux-mêmes. Ceux qui peuvent avoir un wattman peuvent occuper le temps de leurs déplacements par la lecture.

Mais l'auto, en permettant l'extension des clientèles, tend à augmenter les frictions entre confrères ou à réduire le nombre des clientèles dans un périmètre déterminé.

Au point de vue de l'intérêt des malades, l'auto permet de se rendre plus vite d'urgence auprès des cas graves et de soulager plus rapidement et même de sauver dans certains cas (hémorragie, perforation d'estomac ou d'intestins, accouchements laborieux) ; elle permet au besoin de ramener aussitôt le patient dans une maison d'opération en aménageant la voiture pour y placer un matelas ; elle permet encore de surveiller de plus près l'évolution des maladies à évolution accidentée (fièvre typhoïde, occlusions intestinales, éclampsie, etc.), en multipliant les visites.

Aux frais des moyens de transport doit s'ajouter l'*abonnement au téléphone* dans la plupart des clientèles urbaines et même de plus en plus dans les campagnes peuplées où les cabines téléphoniques se multiplient. Si le téléphone est précieux pour prendre des rendez-vous, il faut se défendre énergiquement contre la tendance de certains clients à essayer de soutirer la consultation par fil. Éviter de répondre soi-même aux appels ou déguiser sa voix.

Avant l'ère téléphonique, j'ai connu un confrère ingénieux qui, en Beauce, avait organisé dans sa clientèle un service de pigeons voyageurs pour être renseigné au cours des maladies aiguës sur les incidents imprévus dans les intervalles de ses visites régulières.

Peu d'années avant la guerre le docteur Chapon, secrétaire général de la Fédération des médecins de la région parisienne, a fait sur le budget du médecin à Paris une enquête qui a été publiée dans le *Concours medical*. A titre de document — quasi préhistorique — je cite le *budget minimum des dépenses d'un confrère de Paris, célibataire, exerçant loin du centre, c'est-à-dire avec le minimum de frais :*

Loyer : Appartement de 4 pièces, salon, cabinet, chambre, salle à manger	Fr.	1,400
Impôts et patente		200
Gages d'une domestique		600
Nourriture de cette dernière (un peu moins de 2 francs par jour)		700
Entretien du médecin (nourriture, habillement, chauffage, éclairage, blanchissage, etc., environ 10 francs par jour)		3,600
Abonnements aux journaux, cotisations aux groupements		50
Assurance nécessaire contre la maladie		120
Dépenses diverses, omnibus, etc. (1 franc par jour)		360
TOTAL	Fr.	7,030

Mais que valent ces chiffres aujourd'hui que le coût de la vie a triplé ? « A dessein, dit notre confrère, je n'ai rien réservé aux plaisirs, fussent-ils menus, car c'est au travail d'abord que le débutant doit songer. Ce chiffre de 7,000 francs est donc bien le seul minimum acceptable. Certes, le médecin pourrait peut-être vivre de façon plus modeste encore, mais ce serait insensé. Pourquoi, dès lors, ne consentirait-il pas à cirer ses parquets et ses chaussures et à recourir aux soupes populaires ? » Il est certain, en effet, que l'exercice normal de la profession médicale demande un strict nécessaire, disons le mot : un décorum, qui, on le voit, est bien loin d'être fastueux.

Voici donc notre jeune confrère avec 7,000 francs de dépenses annuelles. Quelles seront maintenant ses ressources ? « Si ce débutant n'a pas la succession d'un confrère disparu, si pour lui la déontologie n'est pas un vain mot, si enfin il rentre dans la loi la plus commune, on peut dire qu'au cours de la première année, il gagnera environ un millier de francs, quelquefois plus, bien souvent moins. A la fin de cette première année, où les recettes auront été de 1,000 francs et les dépenses de 7,000, la perte nette sera de 6,000 francs. La seconde année donnera 2,500 francs, soit une perte de 4,500 francs. La troisième année donnera 5,000 francs, soit une perte de 2,000 francs. A la fin de la quatrième année seulement, le chiffre de 7,000 francs sera atteint, et c'est alors qu'il va falloir établir le budget définitif avec le prix coûtant de la visite médicale.

« A ce moment, poursuit M. Chapou, les visites devenant nombreuses, les frais de transport doivent apparaître et figurer dans le bilan des dépenses pour une somme supplémentaire de 600 francs. Personne ne m'en voudra d'ajouter 400 francs pour un mois de vacances bien méritées, de ces fameuses vacances que le fonctionnaire moins actif attend toute l'année. Cela fait ainsi 1,000 francs qui élèvent à 8,000 francs le budget annuel précédemment calculé. Est-ce tout ? Certes non.

« Après cinq ans d'exercice, ce confrère est débiteur, soit envers sa famille, soit envers quelque obligeant ami, de toutes les sommes reçues pour faire face : 1° à ses études *supérieures* (je néglige le baccalauréat) ; 2° à ses frais d'installation ; 3° aux pertes subies pendant les trois premières années, soit :

Frais d'études médicales (7 ans à 250 francs par mois) (1).	Fr.	21,000
Frais d'installation (mobilier, tentures, instruments, etc.) . . .		5,000
Pertes subies pendant 3 ans. . . . . (6,000 / 4,500 / 2,000)		12,500
TOTAL.	Fr.	38,500

« C'est donc une somme de 40,000 francs environ que le médecin *a le devoir* de rembourser ou de récupérer, et il ne peut moins demander que d'y parvenir pendant les 25 années qui vont suivre et à la fin desquelles il aura exercé 30 ans.

Dès lors, le budget est ainsi établi :

Frais généraux (7,000 + 1,000).	Fr.	8,000
Intérêts à 4 pour 100 des capitaux engagés (40,000 francs) . . .		1,600
Amortissement en 25 ans de ces capitaux		1,600
TOTAL.	Fr.	11,200

« Voilà pour les dépenses. Passons aux recettes possibles. (N'oublions pas que celles-ci sont comptées comme partant de la cinquième année d'exercice médical.)

Quand la morbidité est grande, c'est-à-dire pendant 150 jours par an, un médecin en pleine activité peut faire 10, 15, 20 visites par jour, soit une moyenne de 15.

En 150 jours	2,250 visites
Quand la morbidité est moindre, pendant 150 autres jours, les visites seront au nombre de 5, 10, 15, suivant les jours, soit une moyenne de 10.	
En 150 jours	1,500 —
Enfin, pour les 65 autres jours qui complètent l'année et dans lesquels figurent les vacances et les jours fériés, comptons.	250 —
SOIT AU TOTAL.	4,000 visites

(1) D'après le coût actuel de la vie, il paraît impossible qu'un étudiant qui passera sept ans à Paris y dépense moins de 30,000 francs, à moins d'y vivre en famille, et, s'il fait son internat, on doit évaluer à 50,000 francs le capital nécessaire pour couvrir les frais de ses années d'apprentissage. P. L G.

« J'accepte donc le nombre annuel de 4,000 visites : abstraction faite des honoraires impayés qui seront compensés par quelques accouchements, dont je n'ai pas parlé, nous avons le droit de dire que ces 4,000 visites *nous coûtent* 11,200 francs, soit exactement 2 fr. 80 chacune.

« Si, au lieu de choisir, pour cette étude, un confrère célibataire exerçant à la périphérie, je m'étais arrêté aux médecins chargés de famille et installés dans le centre, il est bien facile de deviner à quels résultats plus impressionnants je serais arrivé. Là, en effet, le prix coûtant de chacune de nos visites serait de 4, 5, 6 francs et plus, suivant les quartiers. »

Or, il est de toute rigueur de ne pas donner un travail à un taux moindre que le prix qu'il coûte, il est bien légitime de ne pas délivrer à moins de 5 francs ce qui en coûte 3, et M. Chapon en arrive à la conclusion qui s'impose : « Exiger, comme prix de nos visites : 5 francs à la périphérie, 8 francs dans le centre et 10 francs dans les quartiers plus riches. » C'est, hélas ! ajoute-il, un nouvel effort à tenter et ce sera la tâche des associations professionnelles.

Et M. Chapon s'écrie en terminant : « Confrères qui, à Paris, soignez *cinq cent mille* mutualistes aux tarifs dérisoires que chacun connaît, comprenez-vous maintenant à quel point vous entretenez une des causes les plus fréquentes du malaise que nous subissons ? Comprenez-vous qu'en persistant dans cette erreur singulière, vous consommez à la fois votre ruine et la nôtre ? »

MM. les docteurs Ch. Vidal, C. et F. de Rouanet ont établi sur les mêmes bases que Chapon le budget du médecin à Castres (Tarn) et évaluent les dépenses à 6,280 francs.

Mais à Castres comme à Paris la « vie chère » sévit dans toute son horreur depuis la guerre et tous les budgets du passé sont en déroute, malgré le triomphe de nos armes !

Enquêtes à refaire, mais dont le résultat à prévoir sera bien affligeant.

CHAPITRE IV

L'attente des clients.

EMPLOI DES HEURES D'ATTENTE. — LE FORMULAIRE PERSONNEL. — L'ORGANISATION DES FICHES CLINIQUES. — LES PREMIERS VISITEURS ET PSEUDO-CLIENTS.

C'est une posture gênante, surtout pour les débutants qui n'ont pas la confiance en eux-mêmes dont sont douées certaines natures avantageuses ou qui, n'appartenant pas à la famille médicale, n'ont pas appris de leurs aînés la résignation à un présent difficile pour tous et la confiance dans un avenir meilleur.

Il faut toujours être chez soi à l'heure qu'on a fixée pour sa consultation.

S'il ne vient personne, c'est le moment de continuer à travailler. Que de choses il reste à apprendre ! On reprend ses livres et ses notes d'étudiant ! On imagine un cas qui pourrait se présenter d'un instant à l'autre et on envisage principalement le traitement qu'on instituerait ; c'est le moment de feuilleter le formulaire qu'on a adopté et de commencer à s'en créer un personnel.

Un jour, Lasègue, dans une de ces leçons si vivantes dont le souvenir reste toujours présent à ceux qui les ont entendues, ayant annoncé comme sujet l'Art de Formuler, avait accumulé devant lui un véritable rempart de ces volumes des dimensions et des couleurs les plus variées, des plus vieux et des plus récents. (Cela se passait il y a plus de quarante ans, et combien d'autres ont vu le jour depuis ce temps !) Ayant désigné d'un geste à la fois large et dédaigneux cette pile de formulaires et voyant l'air effrayé de son auditoire, il prononça ces mots que j'ai encore dans l'oreille : « Et dire que parmi tous ces bouquins-là il n'y en a pas un qui puisse vous suffire ! » Puis, après cet exode destiné à frapper l'imagination, il démontra claire-

ment que jamais une formule unique ne pouvait convenir à tous les cas, que les variétés innombrables des circonstances individuelles nécessitaient une adaptation incessante des formules générales aux cas particuliers. Rien n'est donc plus nécessaire à un praticien que de s'entraîner à varier les formules rapidement suivant les indications et à se créer dans la mesure possible un *formulaire personnel* et élastique. Il n'en reste pas moins prudent d'avoir à sa portée un formulaire de son choix, pour vérifier au besoin d'urgence la posologie de médicaments qui ne sont pas d'usage courant ; mais *il n'est pas de bonne politique de le laisser en évidence, ni de le consulter sous l'œil du client,* toujours enclin à se méfier d'un débutant et à l'incriminer d'ignorance, s'il paraît se documenter en sa présence.

Il ne serait pas habile non plus de laisser voir au client qu'en l'attendant on se livrait à des occupations non médicales, comme la lecture d'un roman laissé ouvert sur le bureau : on passerait pour un jeune médecin qui ne s'intéresse pas à sa profession. Si, dans le cas où la clientèle est lente à venir, il est naturel qu'on occupe à son gré des loisirs forcés et mornes, comme l'écrivait spirituellement l'ophtalmologiste Camuset, qui a laissé quelques charmants sonnets, en taquinant la Muse à laquelle il disait :

Tu n'amènes pas le client, mais tu consoles de l'attendre,

du moins est-il prudent de n'en rien laisser paraître, sous peine de se faire classer parmi les « médecins amateurs ».

D'ailleurs, si les premiers *clients* « *sérieux* », c'est-à-dire résolus à « honorer » leur médecin, sont assez rares à l'aurore des clientèles, on peut tromper son appétit professionnel en recevant des *clients gratuits* et qui, s'ils ont été traités avec les égards et les soins auxquels a droit tout malade, contribueront (oh ! pas toujours, mais assez souvent) à en faire venir de plus substantiels au point de vue des honoraires.

Ces premiers clients, il faut *leur consacrer tout le temps convenable, mais il ne faut pas exagérer :* en les gardant aussi longtemps qu'il leur plaît de rester, vous leur donneriez l'impression que vous n'avez rien de mieux à faire que d'écouter leurs petites affaires ou de satisfaire leur curiosité à votre sujet. Sans doute il serait maladroit dans les premiers temps d'une installation de vouloir donner l'impression d'un praticien débordé ; il est préférable de donner celle d'un jeune homme affable et, sinon très communicatif, du moins ouvert et qui n'a rien à cacher de son passé ni de ses aspirations.

C'est surtout au jeune médecin qui débute dans une petite ville que l'*impression première qu'il donne importe :* dès qu'on a connu son arrivée, il est devenu le sujet des conversations. Les personnes, surtout du sexe féminin, qui font autorité, se promettent de se documenter au sujet du

nouveau venu et celui-ci peut être assuré de recevoir, sous prétexte de consultations sur des maux plus ou moins réels, les visites de dames désireuses de le faire parler et de pouvoir à leur tour parler de lui dans les lieux de réunion de la « *Société* ». Aux offensives interrogantes de ces curieuses personnes il faut savoir répondre par une défensive modeste, mais assurée, en s'efforçant de ne pas se laisser entraîner trop loin en dehors du terrain purement médical, le seul sur lequel un jeune docteur qui ne veut s'engager dans aucune coterie puisse conserver son indépendance, gage de son autorité professionnelle.

Puis viennent nécessairement peu à peu quelques *chroniques,* de ceux qui se disent « abandonnés par tous les médecins », parce que personne n'a jamais pu les soulager, ou des nosomanes qui ont lassé la patience des confrères de la ville. C'est avec ceux-ci qu'il faut se cuirasser de patience en triple couche et qu'*il y a souvent avantage à laisser durer la séance au delà des limites raisonnables,* si on veut qu'ils sortent satisfaits et disent à leurs pareils : « Au moins, voilà un médecin qui vous écoute ! » Il n'est sans doute pas souhaitable d'avoir une clientèle principalement composée de cette sorte de patients, — qualification qui convient ici plutôt au médecin qu'au malade ; — mais tout jeune praticien doit se résoudre à la subir, et c'est une excellente école d'entraînement professionnel.

D'ailleurs on ne saurait trop insister sur ce fait que, parmi la triste cohorte de ceux qui se déclarent incurables, il y a assez souvent des malades incomplètement étudiés pour des raisons diverses (insuffisance d'instruction ou d'outillage des confrères précédemment consultés), parmi lesquelles la maladresse, les redites et les longueurs de leurs explications de nature à rebuter les médecins trop peu patients ou trop pressés. Qu'il vous arrive de repêcher parmi ces pauvres découragés un cas où la thérapeutique, appuyée sur un meilleur diagnostic, peut amener une guérison ou simplement une amélioration, une accalmie, soyez assurés que vous n'aurez jamais une meilleure trompette de renommée, outre la légitime fierté d'avoir fait un bien appréciable.

Il y a, en tout cas, des visiteurs qu'un débutant est certain de recevoir peu après l'apparition de sa plaque et le dépôt de son diplôme; ce sont ceux qui appartiennent aux catégories suivantes :

Les *représentants des compagnies d'assurances* contre l'incendie, sur la vie, contre la maladie, contre les risques professionnels, etc.; les *placiers* en médicaments, livres, vins, huile, etc. Il y faut ajouter dans les grandes villes, et surtout à Paris, les *mendiants* déguisés en soi-disant placiers, offrant de la papeterie, des plumes, de la cire à cacheter; *pseudo*-veuves ou filles de confrères morts depuis longtemps dans le dénuement, anciens étudiants qui n'ont pu continuer leurs études et ont renoncé à toute profes-

sion, et même filous authentiques à la recherche de quelque objet d'art facile à dérober.

Aussi est-il prudent de ne placer dans le salon d'attente que des objets d'art d'une dimension respectable. A ce point de vue, un de nos vieux maîtres, d'humeur facétieuse, donna certain jour à un spécialiste qu'il était venu consulter une amusante leçon de choses : pendant les quelques minutes d'attente dans le salon, il avait admiré un délicieux petit bronze ancien et s'étonna de l'imprudente confiance du possesseur. Après que son rhino-pharynx eut été *examiné* de façon irréprochable, il tint à peu près ce langage : « Je ne puis mieux vous remercier qu'en vous priant d'accepter cet admirable presse-papier. » Et, souriant avec malice, il sortit de sa poche le bronze dérobé. Sa reconnaissance se manifesta plus tard d'autre sorte, mais cette leçon de prudence ne fut perdue ni pour le confrère qui me l'a contée ni pour moi, à l'époque lointaine où nous débutions tous deux.

Pour les *assureurs,* il est prudent de *se contenter tout d'abord de prendre note de leurs offres et d'ajourner toute décision,* si on ne veut pas s'exposer à des regrets. Les assurances sont de la plus haute importance pour nous et il en est que nous devons faire le plus tôt possible (y réfléchir à propos de l'établissement du budget) ; mais les compagnies présentent des avantages très inégaux ; les meilleures, pour certaines catégories de risques, sont celles qui ont été spécialement créées pour et par le corps médical.

Je n'ai pas à mettre en garde les jeunes médecins contre les placiers authentiques, en leur signalant toutefois que par timidité ils risquent de payer de prétendues « occasions exceptionnelles » au-dessus de leur valeur.

Quant aux *professionnels de la mendicité,* quel que soit leur sexe, il faut promptement s'habituer à les dépister et leur faire un accueil qui les décourage, sous peine de les voir revenir sans relâche et se multiplier ; car il existe dans cette profession non classée une entr'aide en vertu de laquelle ses membres se communiquent la liste des jeunes confrères naïfs qui ont l'aumône facile. Autant il est souhaitable que nous venions au secours de toute infortune authentique, autant il est fâcheux que la bonté des débutants crédules soit exploitée. En général, il suffit de répondre en demandant l'adresse du quémandeur et en lui disant qu'on réfléchira au meilleur moyen de lui venir en aide. Le faux pauvre se retire offensé ou donne une fausse adresse, mais ne revient plus. Le vrai malheureux ne demande pas mieux que de fournir les preuves péremptoires de sa détresse.

Quand les clients commencent à venir, il en est encore certains contre lesquels un jeune praticien doit être en garde.

Tout d'abord les *jeunes filles,* ou *femmes,* ou *veuves en quête d'un*

examen génital, qui a pour but soit d'obtenir un avortement, soit de chercher une occasion d'offrir, comme Tartuffe à Elmire :

De l'amour sans scandale et du plaisir sans peur.

Pour la conduite à tenir en cas de demande d'avortement, je renvoie au chapitre des responsabilités médicales. Au piège sexuel, il est toujours prudent de penser, car il est quelquefois camouflé dangereusement sous des prétextes si habiles et sous tant de fleurs que des émotifs risqueraient d'y tomber. Les exemples existent d'imprudents pour lesquels cette gaffe professionnelle a été le prélude d'un chantage prolongé ou le premier anneau d'une lourde chaîne.

Pour un jeune médecin il est prudent de ne procéder, dans son cabinet, aux examens génitaux des femmes qui n'ont pas encore l'âge canonique que si elles sont accompagnées. Il ne faut pas non plus se montrer trop aimable avec les femmes seules; il convient de se méfier des confidences trop brûlantes de celles qui se disent « malheureuses en ménage » ou des veuves encore jeunes.

Un bon emploi des moments de loisir est la mise en train d'une récolte d'observations de la clientèle naissante. Dès qu'un malade est parti, on rédige en résumé son histoire : cela est facile à faire quand les malades sont encore peu nombreux et l'habitude une fois prise, la collection commencée, on la continue avec moins d'efforts et un intérêt croissant.

UTILITÉ DES FICHES CLINIQUES

En effet, pour suivre et surveiller efficacement la santé d'un individu et *a fortiori* d'une famille, il est indispensable de garder sans cesse présents dans notre mémoire les commémoratifs héréditaires et personnels de cet individu et de chacun des membres de cette famille. Cette fidélité de la mémoire est impossible à qui ne conserve pas la trace écrite des renseignements acquis successivement dans les conversations avec eux et dans les examens qu'on a pratiqués. D'où la nécessité pour tout praticien, désireux d'être à la hauteur de sa tâche, de conserver des notes écrites au fur et à mesure des incidents morbides sur les malades qui l'ont consulté ; cette nécessité n'est pas moindre vis-à-vis des clients intermittents que de ceux que nous surveillons continuellement ; elle est même plus grande parce que l'oubli au moins partiel se fait dans notre esprit dans l'intervalle des consultations. Sans la note écrite, à chaque réapparition du même malade, nous serions obligés de lui faire de nouveau raconter son passé, ce qui est

à la fois une perte de temps, fait regrettable à une époque où tous les hommes sont si occupés, et un ennui pour le malade, qui se trouve quelquefois presque offensé que le médecin n'ait pas conservé le souvenir exact de tous les détails qu'il lui a précédemment confiés, sans compter que certains de ces détails ne sont pas toujours agréables à rappeler. Concluons que la prise des observations de tous nos clients s'impose avec la même utilité que celle des hospitalisés dans un service bien tenu ; en un mot, nous avons le plus grand intérêt à *faire des fiches* sur nos clients et c'est aussi le leur. Si beaucoup d'entre nous ne le font pas, parce que le temps leur manque et parce que la mobilité de leurs clients est telle qu'ils les revoient rarement dans les milieux ouvriers, ou dans la bohème des grandes villes ou de leurs faubourgs, cette impossibilité ne diminue pas la valeur de mon affirmation. Laissant de côté le passant, le nomade,

Qui n'a pas dit son nom et qu'on n'a pas revu,

heureusement, tout médecin possède un certain nombre de clients fixes, et pour ceux-ci la fiche s'impose.

Les avantages de la fiche sont multiples.

Elle nous oblige à nous intéresser de plus en plus à notre client, en nous apportant la conviction croissante, si nous ne l'avions pas emportée des salles de clinique, que dans la vie d'un malade la plupart des événements pathologiques s'enchaînent, que même les accidents ont un lien, sinon toujours étiologique, au moins par leur évolution et au point de vue des indications thérapeutiques, avec le passé héréditaire ou personnel ; plus on a recueilli d'histoires de malades, plus on s'affermit dans ses convictions doctrinales antérieures, ou alors on les modifie à bon escient ; on acquiert le sentiment d'une expérience bien assise sur des comparaisons positives et non sur de vagues impressions, si souvent trompeuses.

Les étudiants qui prennent des observations sont les seuls qui fassent des progrès rapides ; les praticiens qui récoltent des fiches sont presque les seuls à continuer leur développement intellectuel professionnel, leur culture clinique ; ceux qui s'en privent ont beau continuer à lire les nouveautés, leurs acquisitions livresques ne font que leur apporter des notions théoriques, qui peuvent leur permettre de parler des progrès généraux de la science, mais qui n'influent que peu sur leur pratique, et qui, par conséquent, ne sont pas bien utiles pour leurs clients.

Encore faut-il que ces fiches soient bien faites : pour rédiger une fiche utile, il faut avoir su bien prendre les observations à l'hôpital, point sur lequel nous avons insisté à propos de la formation de l'étudiant. Une fiche est une observation résumée, concise, où ne figurent que les points fondamentaux du passé du malade.

MANIÈRE DE RÉDIGER LES FICHES

Chacun peut créer ses fiches à sa manière ; il est des praticiens qui notent au jour le jour sur des calepins ou sur des feuilles volantes les faits qui les frappent ; les calepins s'égarent, les feuilles de papier se déchirent. La fiche en carton souple ou rigide, d'un format assez commode pour être classée dans une boîte contenant 24 compartiments (autant que de lettres alphabétiques), est bien préférable.

Pour aller au-devant d'une objection faite par certains clients émus à l'idée que par suite du désordre du médecin ou à la suite de son décès la fiche, relatant leurs misères pathologiques ou leurs confessions, ne vienne à s'égarer ou à tomber sous des yeux étrangers, j'ai adopté l'habitude de *n'écrire sur l'en-tête de la fiche qu'un numéro d'ordre, reproduit sur un carnet en regard du nom du malade;* il en résulte que *la fiche, même égarée, ne compromet personne,* et que *le carnet, ne contenant que des noms et des numéros, n'a aucune signification.*

Un autre avantage des fiches est de nous attacher plus étroitement les malades, qui se savent ainsi mieux surveillés, et quand on leur a expliqué l'importance des constatations successives faites sur l'état de l'organisme au fur et à mesure qu'ils avancent en âge, ils reconnaissent que cette mémoire en papier ou en carton est précieuse. Il n'est pas difficile de convaincre les sceptiques que, faute de points de repère précis, ils se trompent eux-mêmes sur leur propre histoire ; très souvent le malade qui nous revient souffrant, après un certain temps de bonne santé, a oublié ou confondu les dates et les circonstances principales de sa maladie antérieure, ainsi qu'il appert de la confrontation de ses souvenirs avec le texte de la fiche rédigée par vous à cette époque. Sur une fiche tenue à jour, on lit rétrospectivement, par les examens d'urine, les notations de pression artérielle, les mensurations du foie, les schémas d'auscultation, la préparation et le développement de la plupart des états morbides constitutionnels à évolution progressive, plus ou moins lente, qui forment la majeure partie des maladies chroniques sur lesquelles l'hygiène et la thérapeutique sont plus puissantes que sur les maladies aiguës. On arrive, en faisant lire à l'intéressé les variations favorables ou défavorables dans l'état de ses organes en regard de son obéissance aux conseils d'hygiène et aux médications, à le convaincre mieux que par de longs discours de l'utilité de notre tutelle médicale.

C'est un élément puissant de notre autorité et une certaine garantie de la fidélité des clients.

Que de fois, au cours de ma carrière, n'ai-je pas revu des malades qui seraient aussi bien allés consulter d'autres confrères, mais qui m'ont dit : « Je me suis souvenu que vous aviez conservé mon histoire et j'ai pensé que vous comprendriez mieux qu'un nouveau médecin pourquoi je suis de nouveau malade. »

Enfin, si vous avez le goût et le temps de chercher à collaborer aux progrès de votre art, la comparaison méthodique et l'analyse de vos fiches passées, au bout d'un certain temps vous suggérera des points de vue insoupçonnés et des matériaux précieux d'études cliniques.

Naturellement, pour que vos fiches aient une valeur, il est indispensable que vous les ayez toujours confectionnées suivant une même méthode, avec le souci scrupuleux de n'inscrire que des faits qui vous semblaient certains ou en indiquant vos doutes sur d'autres.

C'est encore un avantage des fiches de vous obliger pour les faire à observer toujours un même ordre dans la récolte de vos éléments d'information clinique, et ainsi vous êtes garantis presque sûrement contre les oublis découlant d'un interrogatoire ou d'un examen incomplets.

CHAPITRE V

Les premiers clients et les premières visites.

DÉFINITION DU CLIENT. — VALEUR DU CLIENT GRATUIT. — LES PREMIERS APPELS. — SERVITUDE ET GRANDEUR MÉDICALES. — COMMENT ON ABORDE LE CLIENT ET L'ENTOURAGE. — LES MINUTIES DE L'INTERROGATOIRE ET DE L'EXAMEN PHYSIQUE. — LA PRESCRIPTION. — DURÉE, FRÉQUENCE, HORAIRE DES VISITES. — ÉLOGE DE L'EXACTITUDE.

Qu'est-ce qu'un client? — C'est le malade qui se confie à vos soins.

La notion d'une rétribution de ces soins est sans doute implicitement contenue dans l'idée qu'on se fait du genre client, mais elle n'en est pas inséparable et il faut subdiviser ce genre en espèces : les clients qui paient régulièrement, — ceux qui ne paient jamais, estimant que leur confiance est déjà une rétribution, — ceux qui paient irrégulièrement — et ceux qui ne paient qu'indirectement, en s'efforçant de vous adresser des clients payants. C'est de toutes ces espèces qu'est faite une clientèle.

On serait tenté de dire avec Sosie que, si

Le véritable Amphitryon est l'Amphitryon où l'on dîne,

le seul véritable client est celui qui règle nos honoraires et que les pseudo-clients doivent être écartés sévèrement, mais ce serait une vue inexacte de notre situation sociale.

Le public ne s'est jamais résigné à admettre que toute peine mérite salaire, dans notre profession comme dans toutes les autres, — en partie parce qu'il y trouve quelque avantage, en partie parce qu'il la considère comme une manière de sacerdoce. Il y a sans doute de grands inconvénients pour nous dans cette manière de voir, mais il y faut reconnaître aussi quelque chose de flatteur, et, si nous refusions systématiquement de soigner tous ceux qui ne nous honorent qu'en paroles, nous nous abaisserions dans l'estime publique.

Seulement il y a la mesure. Exigeons la rétribution de tous ceux qui peuvent nous la fournir et proportionnellement à leurs ressources ; sachons, à l'occasion, faire des concessions, ou même donner des soins gratuits, aux malades qui nous paraissent mériter cette gratuité par leur pauvreté permanente ou temporaire.

Mais voyons toujours un client dans tout malade qui se confie sincèrement à notre art et soignons-le avec le même dévouement et la même attention, quelle que soit la rétribution que nous en puissions attendre. Si nous réussissons à lui faire du bien, nous ne serons jamais tout à fait sans récompense; ainsi le veulent notre conscience médicale, notre honneur professionnel.

Au début de toute clientèle, les clients gratuits dominent; soyons heureux pourtant de les trouver pour ne pas être sans clients. Car nous avons besoin d'entretenir notre machine intellectuelle à soigner; rien ne l'use comme la rouille de l'inactivité : on peut s'instruire beaucoup en soignant son concierge — d'ailleurs on y a tout intérêt : être aimé de son concierge est une des premières nécessités de la profession —; puis viennent les domestiques du voisinage, qui quelquefois font retentir nos louanges aux oreilles de leurs maîtres; mais il ne faut guère compter que ces louanges suffiraient à nous faire appeler dans l'appartement par l'escalier de service. Il faudra une autre occasion, un accident, une indisposition douloureuse nécessitant l'appel d'urgence, pour nous ouvrir la grande porte; tout de même, dans certains milieux, la bonne réputation qui est faite à un médecin par les Gens de Maison n'est pas inutile.

D'ailleurs les conditions d'attente et les débuts varient beaucoup suivant qu'on s'est installé à la campagne, dans une petite ville ou dans une grande, à Paris ou dans un faubourg. Si on a acquis une clientèle cédée par un confrère vivant, c'est lui qui vous met en relations avec ceux de ses anciens clients qui consentent à adopter son successeur ; si le titulaire de la clientèle est décédé récemment, sa veuve ou ses enfants vous ont présenté et vous êtes certain d'être appelé en visite par un certain nombre des clients du défunt. Il vous restera à leur donner satisfaction pour qu'ils vous adoptent.

En tout cas, *éloignez-vous le moins possible de votre domicile;* ou, si vous vous absentez, ne manquez pas de dire à votre domestique où on peut vous trouver ; car, si un nouveau client s'est présenté inutilement *une fois*, il ne manquera pas de dire à ses connaissances qu'on ne vous trouve *jamais*. Il faut être déjà un praticien assez apprécié pour que le public admette que votre absence prolongée peut être la conséquence d'occupations trop nombreuses. Ce serait un mauvais calcul de faire dire par votre bonne : « Monsieur est si occupé que je ne sais pas quand il rentrera. » Je

conseillerai encore moins d'imiter ce jeune médecin d'un roman de Dickens, que son domestique vient brusquement chercher au Temple pendant chaque prêche pour un cas d'extrême urgence, quoique personne ne l'attende à la maison, mais pour lui créer parmi les fidèles du quartier la réputation du praticien qu'on s'arrache.

A Paris et dans les grandes villes, souvent les premiers clients sont adressés au néophyte par un des maîtres qui lui ont promis leur appui, qui dérivent sur lui le trop-plein de leur clientèle ; il faut naturellement se tenir toujours prêt à recueillir cette aubaine ; car, si le protecteur apprend qu'un malade envoyé par lui n'a pas été reçu, sa bonne volonté peut s'en trouver affaiblie.

LES PREMIÈRES VISITES

Mais voici le premier appel d'un malade qui ne peut se déplacer et demande le nouveau médecin.

Ce serait aussi absurde que malhonnête de tarder, sous un prétexte quelconque, à s'y rendre. Quand un malade fait demander un médecin inconnu, c'est le plus souvent qu'il éprouve le besoin physique ou moral d'être immédiatement soulagé ; je dis moral ou physique, car l'inquiétude, l'incertitude sur la nature et la gravité du mal éprouvé sont aussi pénibles pour certaines personnes nerveuses qu'une douleur physique. Aussi la seule présence du médecin est-elle déjà un soulagement, et son retard une souffrance.

Les jeunes médecins, encore insuffisamment initiés à la psychologie des malades, ont tendance à méconnaître cette particularité morale que constitue l'angoisse de l'attente, aussi bien chez le malade que chez son entourage, qui en subit le contre-coup, et, soit par tendresse maternelle, conjugale ou filiale, soit par agacement d'entendre les plaintes du patient, s'irrite à l'idée que le médecin ne s'empresse pas d'accourir.

C'est sans doute bien souvent une tyrannie agaçante pour nous que celle du patient impatient qui nous oblige à quitter notre foyer, notre table ou notre lit, la conversation d'un ami ou un livre intéressant, pour nous précipiter à son chevet et constater que son malaise est insignifiant, ses symptômes sans gravité. Mais, si nous avons cette sensibilité vibrante au spectacle ou même à la pensée de la souffrance d'autrui, qui doit être l'apanage du vrai médecin, quand, arrivés auprès du malade, nous aurons vu ses traits angoissés se détendre, ses yeux inquiets reprendre une expression de calme et d'espoir, uniquement parce que nous sommes près de lui, nous sentirons presque toujours se dissiper notre agacement, et au fond de notre cœur nous éprouverons quelque fierté d'exercer un ministère de soulage-

ment et de consolation. Quelle récompense c'est de voir s'illuminer un visage de mère anxieuse, quand nous pouvons prononcer des paroles rassurantes sur l'état de son enfant! Et plus nous vieillissons, plus cette notion du devoir impérieux de sacrifier notre bien-être à la satisfaction aussi rapide que possible d'un malade qui nous réclame, que son angoisse soit justifiée ou non, s'impose à notre conscience. Si, au début de notre pratique, nous y avons obéi surtout par intérêt, pour acquérir un client nouveau ou ne pas risquer d'en perdre un acquis, un jour vient où nous le faisons, sinon toujours avec plaisir, du moins avec le sentiment d'une obligation professionnelle inéluctable. Car, même dans les cas où son rôle se bornera à rassurer, dès le premier coup d'œil, malade ou entourage, et où tout le traitement consiste en quelques bonnes paroles, rien ne remplace la présence réelle du médecin, ni une réponse verbale ou écrite après explications du messager ou lecture du message énumérant avec détails les symptômes éprouvés, ni même le terrible téléphone, tyran du praticien dans tant de circonstances, grâce auquel certains ont cru pouvoir s'éviter quelques dérangements inutiles.

Si de temps en temps un client indélicat essaye d'économiser le prix d'une visite, en vous demandant par le fil « un simple conseil, un seul mot », vous n'arriverez pas à rassurer une mère inquiète qui croit son enfant atteint de croup, en lui répondant : « Mais non, c'est un simple faux croup! J'entends d'ici la toux caractéristique de votre enfant ». D'ailleurs cette mère aurait bien raison de ne pas se rassurer : aucun diagnostic n'est valable à distance, même parmi les plus usuels.

La manière d'aborder un malade pour la première fois est aussi importante que variable ; elle doit varier suivant l'âge, le sexe, le milieu social et l'heure et l'urgence du cas. Nous traiterons plus loin des particularités relatives aux âges et aux sexes.

Pour ce qui concerne le milieu, il va de soi que c'est autre chose d'entrer dans la chambre unique d'un ouvrier ou la chaumière dans laquelle le malade et les siens sont forcément réunis, autre chose d'être introduit cérémonieusement à travers les détours d'un vaste appartement dans la chambre à coucher d'un riche.

S'il y a un entourage, il est bien rare qu'une ou plusieurs de ces personnes ne vous guette pas pour vous tenir des propos préalables et à l'insu du malade. Gardez-vous, lors d'une première visite, d'écouter distraitement ces propos, encore moins de les esquiver. Quoique, dans beaucoup de circonstances, vous n'ayez à entendre que des paroles superflues, il arrive que vous puissiez quelquefois déjà recueillir certains renseignements dont vous tirerez profit; en tout cas, les personnes qui vous happent ainsi au passage sont toujours convaincues de l'importance de ce qu'elles veulent

vous confier ; la politesse vous oblige à les écouter, et la prudence à ne pas leur laisser croire que cette communication vous paraît inutile ou importune.

A des visites ultérieures, si vous avez jugé que les donneurs de renseignements sont de purs fâcheux, vous pourrez, avec beaucoup moins d'inconvénients, esquiver ce retard par quelque parole polie et évasive.

Généralement, ces renseignements consistent à montrer la sollicitude que les personnes éprouvent pour le malade, à vous dépeindre son caractère, à vous demander instamment de « ne pas l'effrayer », et de ne pas lui dire « si c'est grave ».

Laissant, pour le moment, de côté les règles générales d'examen clinique, supposées connues, et sur certaines desquelles nous reviendrons pourtant, je me bornerai à dire que le praticien qui pénètre dans la chambre d'un malade doit voir, sans paraître les regarder spécialement, bon nombre de détails relatifs au milieu — objets et personnes — qui pourront contribuer à permettre d'apprécier les caractères, les situations, les habitudes ; il faut savoir entrer sans fracas et sortir sans embarras. J'ai connu des jeunes médecins qui, accoutumés seulement à voir le malade hospitalisé, intimidés par un entourage qui les dévisageait, ne manquaient pas de se heurter à quelque meuble, de renverser quelque objet, et arrivaient décontenancés auprès du lit. D'autres timides, pour ne pas paraître tels, affectent au contraire une désinvolture trop dégagée et font une entrée cavalière, haussant trop la voix. Ni trop, ni trop peu. Il faut éviter de prendre un air sombre et attristé aussi bien qu'un air trop joyeux ; il vaut mieux, en général, en se conformant au conseil du « père Hippocrates », traduit par le confrère Rabelais, montrer « la face joyeuse, sereine, plaisante, riante, ouverte », qui « esjouist le malade », non celle du « médecin chagrin, tetrique, rebarbatif, malplaisant, malcontent », qui le contriste.

Cependant, quand le malade est en proie à de vives souffrances, il serait choquant de se montrer enjoué.

Il est d'ailleurs facile au médecin digne de ce nom de s'adapter sans effort à la circonstance : il doit toujours se tenir en communion avec l'état psychologique du malade, éprouvant une sympathie et une condoléance réelles pour l'être souffrant.

Après avoir salué discrètement l'entourage, vous vous avancez près du malade. Si c'est un homme encore jeune, vous pouvez spontanément lui tendre la main ; si c'est une personne âgée ou une dame, attendez l'accueil qui vous sera fait pour vous y conformer.

Asseyez-vous autant que possible de façon à pouvoir bien examiner le facies du malade.

Si celui-ci est en état d'exposer lui-même son cas, vous le priez de

prendre la parole, ou bien, s'il est fatigué, vous vous tournez vers la personne qui vous paraît la plus apte à vous renseigner. Notez que parfois celle qui se hâte de prendre la parole n'est pas celle qui est le mieux qualifiée par sa parenté, son âge ou la connaissance particulière qu'elle a des symptômes passés et présents ; parfois plusieurs personnes se coupent la parole et se contredisent.

Laissez passer le premier flux de paroles ; écoutez avec soin et *notez dans votre esprit les contradictions*, vous réservant d'en éclaircir plus tard la cause.

Pendant ce temps, vous observez le facies et l'habitus et vous tâtez le pouls, non seulement par contenance, mais pour en tirer déjà quelques notions prémonitoires que vous compléterez tout à l'heure.

INTERROGATOIRE ET EXAMEN PHYSIQUE. — PRESCRIPTION

Si le malade semble fatigué, si personne ne paraît pressé de prendre la parole à sa place, vous commencez votre *interrogatoire* suivant les règles que vous avez apprises de vos maîtres, mais avec moins de rigueur apparente qu'à l'hôpital. Pour ne pas effaroucher votre nouveau client, ne précipitez pas vos questions ; laissez-lui même la liberté de s'engager dans certaines digressions qui vous paraîtront peut-être oiseuses, et parfois ridicules, mais d'où peut-être vous tirerez quelque renseignement imprévu. Lasègue disait : « Il y a toujours quelque chose à gagner au récit des inepties », à la condition de cueillir au passage la perle dans le fumier. S'il devient évident que l'interlocuteur s'égare sans profit, ramenez-le à l'ordre que vous avez l'intention de suivre ; laissez à votre interrogatoire plutôt la tournure d'une conversation, surtout dans les milieux mondains ou cultivés ; *gardez-vous d'avoir l'air d'un juge d'instruction.* La méthode doit être ferme dans votre esprit, mais tâchez de rester homme du monde.

Quand l'énumération des commémoratifs et des symptômes actuels paraît terminée, résumez en quelques phrases les faits fondamentaux acquis et procédez à l'*examen physique* en commençant par les organes sur lesquels l'interrogatoire attire particulièrement l'attention.

Certaines précautions sont à recommander.

Ne découvrez pas brusquement, sans le prévenir, un adulte, surtout une femme, une personne âgée.

Procédez toujours avec douceur et lentement (c'est le meilleur moyen d'aller vite).

Cherchez à éviter toute fatigue inutile au patient.

Avant de palper sa peau, assurez-vous que vos mains ne sont pas trop froides. Si vous les avez habituellement telles en hiver, portez des gants et demandez à vous laver les mains à l'eau chaude avant de commencer l'examen. En général, dans les milieux urbains, cette ablution préalable sera bien vue, rassurant le malade et l'entourage contre le transport des germes apportés d'autres maisons.

Réservez pour la fin l'examen des organes génitaux, qui répugne toujours au patient, les touchers vaginaux ou rectaux, quand vous les jugerez nécessaires et après avoir demandé l'autorisation du ton le plus naturel. Découvrez toujours le moins possible ces régions sans nécessité. Pour les touchers, ayez toujours des doigtiers à votre disposition.

Pendant les attitudes successives que vous êtes obligé de prendre pour les examens, *calculez vos mouvements* de façon à ne pas perdre l'équilibre; méfiez-vous des parquets trop bien cirés et des descentes de lit qui glissent sous vos pieds au moment où vous vous penchez sur le lit; rien n'est déconcertant comme une chute en avant sur un et surtout sur une malade dont vous alliez ausculter le cœur ou la partie antérieure des poumons.

Quand vous avez ausculté la partie postérieure du thorax, évitez de vous embarrasser dans les vêtements relevés ou les oreillers que vous auriez négligé d'enlever, et, en vous reculant, de renverser les fioles de médicaments sur la table de nuit.

Ces petits accidents arrivent à tous les praticiens, un jour ou l'autre; ils sont sans conséquence chez d'anciens clients; quand on débute dans une famille et dans la clientèle, on est très mortifié d'avoir provoqué une exclamation de mauvaise humeur ou un éclat de rire; suivant la gravité du cas ou le caractère de la maison, on est taxé de maladresse ou de brutalité, on paraît novice.

Pendant l'examen, il vaut mieux en général rester silencieux; si l'entourage bavard vous parle ou vous questionne, ne répondez pas, pour ne pas vous laisser distraire. N'oubliez aucun appareil, même ceux qui ne paraissent pas en cause. L'examen des urines ne doit jamais être omis.

N'énumérez pas au fur et à mesure le résultat de vos constatations; réservez vos réponses jusqu'au moment où vous aurez réfléchi sur l'ensemble et où vous pourrez conclure raisonnablement.

L'examen terminé, n'entamez pas une leçon.

Si le cas est simple et le diagnostic évident, dites-le d'emblée, en préférant les termes courants aux mots scientifiques.

Si votre diagnostic n'est pas ferme, contentez-vous de rassurer le malade et demandez ce qu'il faut pour formuler la prescription.

A une première visite, il est indispensable de laisser une *ordonnance*

écrite, et écrite **lisiblement**. Les doses des substances toxiques doivent être écrites en *toutes lettres* et non en chiffres (la loi vous y oblige). Inscrivez non seulement les formules médicamenteuses, mais la manière de les administrer (quantités à la fois et heures du jour). Indiquez par écrit les détails de l'alimentation et les soins corporels spéciaux. S'il s'agit d'une affection chronique, les indications relatives au régime doivent être plus complètes et plus détaillées, puisqu'elles devront s'appliquer à un certain nombre de jours ou de semaines.

Suivant le degré d'intelligence que vous attribuez au malade et à son entourage, vous insisterez plus ou moins; s'il y a une garde qui vous paraisse expérimentée, vous pourrez (quoique avec prudence et sous bénéfice d'inventaire) vous reposer sur elle pour l'exécution des prescriptions.

Pendant que vous rédigez, si on veut vous parler, priez qu'on fasse silence.

Ayant *relu* votre ordonnance en silence, vous la relisez à voix haute et près du malade, si vous n'avez aucun point à lui en cacher (ou soit à distance et à demi-voix dans le cas contraire), en commentant les prescriptions qui pourraient être mal comprises ou que vous jugez les plus importantes.

La *durée d'une première visite* ne peut jamais être prévue; il faut tout voir et tout entendre, donner les explications et les pronostics qui vous sont demandés en général après que vous avez quitté la chambre.

Mais les visites ultérieures doivent être en général réduites au temps nécessaire pour se renseigner sur ce qui s'est passé, constater l'état présent et formuler la prescription nouvelle. C'est surtout au cours des maladies aiguës que les visites doivent être ainsi limitées. Un Maître affirmait qu'au bout de dix minutes on ne disait généralement plus que des sottises. Les visites espacées aux chroniques doivent naturellement être plus longues.

Il est prudent d'éviter, en général, de parler d'autre chose que du malade, surtout quand on ne connaît qu'imparfaitement les opinions du milieu.

La *fréquence des visites* dépend de la gravité du cas et des ressources de la famille.

S'il s'agit d'une maladie aiguë, dont les modifications rapides peuvent nécessiter une surveillance étroite, c'est à vous d'annoncer que vous reviendrez le lendemain, ou au besoin le jour même.

Dans les états à évolution lente ou chronique, attendez qu'on vous appelle, ou bien, si on vous demande de fixer d'avance le jour de votre prochaine visite, fixez-le assez éloigné pour ne pas paraître « faire trop de visites ».

Il y a des familles riches et des malades très timorés qui exigent des

visites fréquentes, souvent inutiles ; on peut acquiescer à cette exigence, mais il faut aussi se garder de la difficulté où on tombe, si on voit chaque jour et très souvent un malade qui demande chaque fois un traitement nouveau ou des aperçus nouveaux sur son cas : on risque d'être rapidement démuni de ressources thérapeutiques ou d'aboutir à des discours incohérents, sinon à des contradictions, qui enlèveront la confiance au malade.

L'*heure des visites* doit être, autant que possible, fixée par le médecin, fût-il encore peu occupé ; car, s'il se met, au début de sa pratique, trop aux ordres de ses premiers malades, ceux-ci tendront à le domestiquer et, quand les clients seront plus nombreux, la situation ne serait plus tenable.

L'heure ne doit pas non plus être exclusivement choisie par le praticien pour sa commodité ou l'organisation de ses tournées ; certains malades doivent être vus de préférence à certaines heures, au jour par exemple et non aux lumières, pour apprécier des changements de coloration des téguments (ictère, exanthèmes), ou à l'heure des exacerbations fébriles du soir, ou à jeun pour certains examens du tube digestif. *C'est l'intérêt du malade qui doit primer nos commodités ;* cette réserve faite, nous pouvons cependant, et dans certains cas cela est inévitable, tenir compte de l'éloignement ou du quartier pour ajuster la visite dans le cadre de nos tournées. Il en est ainsi surtout à la campagne et dans les clientèles de grandes villes très éparpillées.

Certaines familles, quand elles savent que le médecin fait chaque jour une visite à l'hôpital, réclament, surtout pour les enfants et par crainte qu'on ne leur apporte des microbes, une visite avant l'hôpital. On peut quelquefois donner cette satisfaction.

Dans d'autres cas, un malade n'est libre qu'à certaines heures par suite de sa profession ; si on veut garder le client, il faut bien s'y conformer.

Il est prudent de prendre l'habitude d'*inscrire aussitôt sur son carnet le jour et l'heure qu'on a fixés ;* sinon, des omissions et des erreurs sont inévitables, si bonne mémoire qu'on ait.

L'*exactitude* est une des qualités prisées par la clientèle et c'est seulement grâce à elle qu'on peut, à un certain moment de sa carrière ou dans les périodes de presse, venir à bout de sa tâche. L'inexactitude est pour les malades, toujours si anxieux de voir arriver le médecin, une source de malaise et d'énervement, qui se traduisent par une réception plutôt fraîche et une mauvaise humeur dommageable au bon effet de sa visite. Dans les consultations elle est une impolitesse à l'égard des confrères, dont l'horaire se trouve bouleversé par un retard imprévu.

La *seconde visite* comporte l'audition de ce qui s'est passé depuis la précédente. On lit, en général, dès l'arrivée, sur la physionomie de l'entourage ou du client si l'état de celui-ci s'est amélioré. Quand on est accueilli

par cette bonne nouvelle, il serait imprudent de se hâter de triompher en attribuant l'amélioration à la potion ou aux cachets ; on s'exposerait de temps à autre à faire figure ridicule, en apprenant peu après que la potion ou les cachets n'ont pas été administrés ; il est prudent même de se faire montrer la bouteille ou la boîte, pour s'assurer que la prescription a été exécutée.

Quand on s'est fait montrer dans les cas fébriles la température inscrite et, en cas de doute, après avoir pris soi-même la température ; quand on a vu les urines et au besoin les garde-robes, qu'on avait demandé de conserver ; après un nouvel examen complet des organes, on ordonne, s'il y a lieu, la continuation de la prescription.

Il arrive qu'elle ait rencontré des obstacles, soit par la mauvaise volonté du malade, soit par inexpérience ou maladresse de l'entourage.

Si le malade a été rebuté par la forme médicamenteuse, par une saveur qui lui répugne ou la difficulté d'avaler cachets ou pilules, on s'efforce de lui donner satisfaction en modifiant la prescription, dans la mesure où le changement n'empêche pas l'efficacité de la médication, ou bien on fait appel à sa raison et à sa patience.

En cas d'exécution défectueuse par l'entourage de certaines médications (révulsifs, lotions, bains, lavements, etc.), il faut donner les explications supplémentaires, qu'on n'avait pas cru nécessaires à la précédente visite : *souvent montrer soi-même comment la chose doit être faite* — toujours sans emportement, avec patience et calme — en évitant autant que possible de laisser soupçonner au malade que les ordres qu'on avait donnés n'ont pas été bien exécutés ; *il faut toujours éviter de diminuer sa confiance dans les personnes qui le soignent*. Bien entendu, si on juge ces personnes incapables de mieux faire et si le cas est grave, on doit chercher à les remplacer.

Il faut toujours démêler parmi les personnes de l'entourage celle qui paraît la plus apte à donner les soins importants et s'efforcer de lui donner la direction de ceux-ci, à défaut de gardes professionnels ; cela n'est pas toujours facile, car les susceptibilités s'éveillent vite, même entre épouse et filles ou entre sœurs. Le tact et la diplomatie doivent être mis en œuvre pour éviter les jalousies.

Si le malade va moins bien à la seconde visite, on trouve les figures allongées ; on vous demande si vous êtes bien sûr que votre traitement était le meilleur, on vous insinue qu'il serait bon de le modifier. Dans les cas où vous aviez pu prévoir et annoncer que l'état pourrait s'aggraver par suite de la nature même de la maladie ou rester stationnaire, vous aurez conservé plus longtemps votre crédit. Ne paraissez nullement ému ou inquiet ; modifiez quelque peu la médication, au moins en apparence, tout

en poursuivant votre ligne de conduite ; rassurez toujours le malade, mais l'entourage seulement dans la mesure où vous pourrez le faire honnêtement.

Si votre attitude tranquille ne détend pas les visages anxieux, si on paraît douter sérieusement du succès de votre traitement, n'hésitez pas à dire que, en présence de ce doute, vous demandez l'adjonction d'un autre confrère.

Un débutant doit plus vite qu'un praticien déjà vieux *poser la question de confiance, mais toujours sans acrimonie et sans paraître froissé.*

Il arrive le plus souvent que la famille, à cette première proposition de consultation, répond qu'elle ne la juge pas nécessaire et vous ouvre un nouveau crédit ; mais, si la situation tarde à s'améliorer ou s'aggrave, faites de nouveau la proposition d'une consultation avant qu'on vous en témoigne le désir de nouveau.

CHAPITRE VI

La parole du médecin.

On m'accusera probablement de traiter mes lecteurs comme de petits enfants auxquels on apprend la civilité puérile et honnête ; je crois cependant pouvoir être utile à quelques-uns, en signalant que le médecin est tenu à surveiller de très près ses paroles du matin au soir, dans sa clientèle d'abord et dans l'exercice de sa profession et aussi dans le monde, à table, au fumoir — et même du soir au matin, puisqu'il travaille parfois la nuit et qu'en outre, il ne doit pas s'abandonner, même sur l'oreiller, à des confidences au sujet de ses clients.

Quand nous parlons à des malades, notre constante préoccupation doit être de savoir si nos paroles sont bien les plus propres à rendre notre pensée claire pour nos auditeurs du moment, et ce n'est pas toujours facile, parce que nous avons affaire successivement à des personnes de tout âge et de toute classe et que nous risquerions une fois sur deux d'être mal compris si nous nous servions avec tous des mêmes formes de langage.

Nous devons nous occuper non pas de la correction de nos paroles au point de vue du dictionnaire et de la grammaire, mais de leur adaptation aussi exacte que possible à l'éducation, au degré d'intelligence, à la profession et au terroir de notre interlocuteur. On demeure consterné parfois quand on s'aperçoit à de certains indices qu'après avoir exprimé sa pensée dans la langue courante on n'a pas réussi à se faire comprendre — ou, pis encore, que l'auditeur a compris tout autre chose. Cela est vrai non seulement d'un échange de paroles entre nous et des clients peu cultivés, ouvriers ou paysans, mais même dans des milieux où il semblerait que les mots dussent être pris dans l'acception juste.

Quand il s'agit des questions que nous posons pour recueillir des commé-

moratifs importants, ou des symptômes, ou des prescriptions relatives au traitement, il est de toute évidence que, si nous sommes mal compris, tout notre travail professionnel est compromis. Donc assurons-nous, en multipliant les questions, et par des sortes de recoupements dans le cours de notre consultation, que nos paroles ont bien été prises par l'auditeur dans le sens précis que nous leur avions attribué.

Nous ne voulons pas dire qu'il faille parler longuement. Bien au contraire, il y a moins de chances de malentendu quand on ne dilue pas sa pensée dans trop de mots. Mais un premier point est de parler lentement; un second, de suivre l'ordre le plus logique dans l'expression de ses idées; un troisième, de ne pas émettre dans une même phrase des idées trop nombreuses ou disparates. Je ne parle que pour mémoire de la cause de malentendu qui peut découler de l'existence de locutions propres à une région ou à une localité; quand un médecin s'installe dans une ville ou une campagne où il n'a pas encore vécu, son premier soin doit être de se renseigner le plus vite et le plus exactement possible sur les expressions courantes du cru.

Mais, même dans tous les mondes, il faut se méfier du cas où le client n'attribue pas à une expression le même sens que nous; il y a des familles où s'est créée et se transmet une phraséologie très spéciale relativement aux choses de la santé : c'est au premier abord une sorte de volapuk pour le non-initié ; une fois qu'on en a saisi la clef, les choses vont toutes seules et il est superflu, il serait même maladroit de vouloir corriger ces anomalies linguistiques; mieux vaut s'y adapter. Mon cher ami, le professeur Brissaud, si prématurément ravi à la Faculté de Paris, qu'il honorait autant par son caractère que par sa science, son esprit et ses rares qualités littéraires, avait écrit de jolies pages sur la matière dans un charmant petit livre (1) qu'il est bon de posséder.

Une difficulté de la pratique, quand on voit successivement des malades appartenant à des milieux très différents, est de s'adapter instantanément à un nouveau langage.

Il n'est pas moins important de surveiller notre parole *dans les circonstances de la vie où nous n'agissons plus professionnellement.* D'abord le public a une fâcheuse tendance à vouloir ne nous jamais laisser oublier notre caractère professionnel; c'est un travers répandu même dans des milieux où une éducation raffinée semblerait avoir pour effet de ne pas entretenir son voisin de rencontre des choses de sa profession, et cela vient sans nul doute de la curiosité presque universelle des gens pour les questions de médecine. Si bien que, bon gré mal gré, ceux d'entre nous

(1) *Des expressions populaires en médecine,* Paris, Masson.

qui seraient le plus déterminés à oublier qu'ils sont médecins, quand ils sont à table, en chemin de fer ou au théâtre, se voient contraints à « parler médecine », sous peine de paraître méprisants ou impolis.

C'est alors qu'il faut peser ses paroles, non plus comme au lit du malade dans la crainte de faire une erreur de diagnostic ou de laisser naître un malentendu sur le traitement, mais pour ne pas compromettre la profession, ou nuire à quelque confrère, ou contribuer à répandre quelque notion fausse en matière d'hygiène ou de médecine. Et cela arrive trop souvent si nous nous laissons aller à parler à des profanes comme si nous étions entre confrères, — ce qui est la pente naturelle, parce que c'est la moins fatigante. L'usage de mots techniques ou l'émission de pensées qui, pour être comprises intégralement, supposent connues d'autres données qui nous sont familières, mais sont lettre morte pour nos questionneurs indiscrets. entraîne de fâcheux malentendus.

En règle générale nous devons éviter de laisser porter la conversation sur le terrain de notre clientèle ; si on nous questionne sur ce sujet plus ou moins directement, laissons tomber la question sans paraître l'avoir entendue — ou répondons assez évasivement pour que le questionneur comprenne que nous désirons rompre les chiens; s'il insiste, il ne reste qu'à lui faire comprendre que sa question est indiscrète.

Ne parlons jamais de nos confrères spontanément ; si quelqu'un parle de l'un d'eux devant nous, prenons l'attitude que nous voudrions qu'en pareille circonstance nos confrères prissent envers nous, c'est-à-dire, si on en dit du bien, acquiescer; si on l'attaque, le défendre, sans restriction ni insinuation.

Si on parle médecine devant nous et qu'on émette des idées erronées, notre devoir est de combattre ces erreurs; mais ce ne doit pas être une occasion d'entrer dans des détails qui puissent être mal compris : restons dans les grandes lignes sur lesquelles tous les médecins sont d'accord ; n'essayons pas de faire saisir les divergences de doctrines qui règnent dans nos écoles et qui donnent au public l'impression que la médecine est bien peu avancée, puisque tout y est sujet à discussion.

Surtout ne nous laissons pas aller à converser avec des clients comme avec des confrères, en racontant des observations de maladies, des cas cliniques, même anonymes ; il y a deux dangers : l'un, que malgré cet anonymat, un des auditeurs puisse reconnaître la personne à laquelle l'observation se rapporte ; — l'autre, que des conclusions défavorables ou dangereuses pour la profession soient déduites par les auditeurs. Ainsi, émettre une opinion sur le pronostic général de telle ou telle maladie, et surtout sur le meilleur mode de traitement, c'est s'exposer à ce que, dans une circonstance ultérieure, l'un des auditeurs, ayant mal compris ou par une géné-

ralisation abusive, mette dans un grand embarras quelque autre médecin ou lui porte un préjudice plus ou moins grave.

Follet, professeur de clinique à Rennes, disait avec grande raison en 1911 à ses élèves : « J'ai la conviction que notre faiblesse devant l'opinion agressive vient en partie de nous-mêmes, des appréciations que nous portons sur notre science, sur notre art, et que nous n'hésitons pas, en toute occasion, inconsciemment prolixes, à disperser aux quatre vents du ciel. C'est aveuglément que nous chargeons contre nous des armes redoutables. Toute divergence, toute discorde entre médecins amuse la galerie, mais la parure de chacun sort toujours défraîchie du champ clos... » Les dangers de nos appréciations mal pesées, exagérées ou injustes sur notre art ou sur nos confrères peuvent être, ajoutait Follet, les trois conclusions suivantes : « La médecine est une blague ! Courons aux charlatans ! Poursuivons les médecins ! »

Sur certaines questions d'hygiène générale et publique, l'alcoolisme, la tuberculose, nous avons beaucoup de choses utiles à dire ; encore faut-il y mettre de la prudence. En expliquant les méfaits des abus de l'alcool et les dangers plus grands encore des boissons à essences, il est excessif de critiquer l'usage du vin dans un pays aussi riche en vignobles ; — en avertissant chacun de la contamination possible par les crachats bacillifères, expliquons qu'il est possible de s'en préserver par quelques précautions simples, mais ne suscitons pas une bacillophobie qui ferait fuir les proches des malades.

S'il n'est pas interdit aux membres d'une corporation qui a l'honneur de compter Rabelais parmi ses anciens, de se permettre au fumoir, entre amis, et hors la présence des dames, quelques histoires de « haulte gresse », il est sage et de bon goût de ne pas verser dans la spécialité des anecdotes grivoises, surtout de ne pas leur attribuer pour héros des médecins ; il peut se trouver dans l'assistance quelques-unes de ces personnes qui n'entendent pas la plaisanterie et sont capables de faire au narrateur une réputation de polissonnerie — plutôt nuisible à l'extension de sa clientèle dans les familles.

Enfin, parmi les sujets de conversation sur lesquels, dans les milieux mélangés où toutes les opinions peuvent être représentées, un praticien a intérêt à ne pas prendre trop bruyamment position, sont les questions religieuses et politiques. Je me garde de dire que par intérêt nous devions renier nos opinions, ni même les dissimuler, mais il n'est pas nécessaire de les exprimer d'une façon si tranchante, et si méprisante pour les opinions adverses ou différentes, que la galerie soit amenée à nous juger des sectaires intolérants.

CHAPITRE VII

La psychologie du malade et du médecin.

§ I. COMMMENT ON PEUT L'ÉTUDIER. — DES DYSHARMONIES ENTRE MÉDECIN ET MALADE. — COMMENT Y REMÉDIER

Le « malade » envisagé au point de vue de son caractère, de ses réactions nerveuses et psychiques est une abstraction comme la « maladie ». De même que la maladie évolue différemment suivant un très grand nombre de conditions d'âge, de sexe, de tempérament, de milieu, de même les caractères des malades, ou, pour employer le mot contemporain, un peu pédant, un peu trop philosophique, leur « psychologie » est sujette à de nombreuses variations, qu'il importe beaucoup au médecin de connaître pour diriger sa conduite à leur égard. On dit d'un médecin qui discerne bien la psychologie de chaque malade que c'est un bon psychologue ; plus simplement, dans la langue classique on disait qu'il a du tact. Le tact, c'est une des manifestations de cette finesse d'esprit ou, comme a dit Pascal, de l'esprit de finesse, qu'il a si bien distingué de l'esprit mathématique : ces deux formes de l'esprit ne sont pas incompatibles, puisque lui-même possédait l'une et l'autre, mathématicien qui a écrit les *Provinciales* et le *Traité des passions de l'amour,* mais il est plus fréquent qu'elles soient dissociées.

Comme un insecte qui, grâce à ses antennes, analyse et pressent les obstacles ou les ennemis, l'homme de tact a des antennes morales, qui lui permettent de prendre connaissance des difficultés de sa tâche ; mais les antennes ne sont pas seulement des organes de toucher, ne sont-elles pas aussi des yeux projetés ? L'homme de tact est celui qui utilise ses yeux et ses oreilles pour recueillir des impressions, qui soumet celles-ci à la discussion de son jugement et conforme sa conduite aux conclusions de celui-ci.

On peut avoir plus ou moins de tact inné, héréditaire ; peut-on le déve-

lopper? Sans aucun doute. — En acquérir, quand on en est totalement privé naturellement? C'est douteux.

Il faut donc admettre que certains hommes sont totalement impropres à connaître l'âme et le cœur des autres hommes; ils sont absolument impropres à pratiquer la médecine. Ils doivent, s'ils ont le goût des sciences médicales, rester dans les laboratoires; ils y peuvent rendre de grands services; mais, comme médecins à proprement parler, ils n'obtiendront aucune réussite; ils s'aigriront de leurs insuccès, ils seront de nul secours, sinon parfois nuisibles, et ne retireront de leur profession ni avantages matériels, ni satisfaction morale.

Le don de comprendre la psychologie des malades est souvent, sinon toujours, lié à la sympathie que l'on éprouve pour eux. Pour démêler les sentiments d'autrui, il faut qu'autrui consente à vous en faciliter les approches par des confidences spontanées ou des réponses sincères. On ne se confie guère qu'aux gens qu'on aime ou qu'on est disposé à aimer : une bonne condition pour être un médecin psychologue est d'être un médecin bon et compatissant. (1)

Ce n'est pas la seule : il faut aussi voir clair, bien observer les gestes, bien noter les intonations, les garder dans sa mémoire, démêler parfois, souvent même, le désaccord entre la pensée exprimée et l'intonation, l'expression des traits, le regard et l'attitude ; ne pas croire sans preuve et sans contrôle tout ce qu'on nous dit, deviner les réticences.

Cette habileté d'observation se développe par la répétition, si on s'efforce d'y porter une attention soutenue et si on commence de bonne heure. C'est dès qu'on commence à interroger les malades à l'hôpital qu'il faut s'habituer à ne pas les considérer comme des numéros. Madame 1 de la salle des femmes, qui a une annexite comme madame 3, en diffère cependant à tous les autres points de vue ; elle n'éprouvera pas tout à fait les mêmes symptômes et surtout elle ne les exprimera pas de la même façon, quoique votre examen vous ait fait constater chez toutes deux les mêmes signes physiques; c'est que l'une est une femme de 30 ans, laborieuse mère de famille, désireuse avant tout de guérir vite pour retourner à son ménage et à ses enfants; l'autre est une pseudo-artiste et surtout fille galante, dont la ménopause est prochaine, qui fait encore la coquette avec les médecins et offre toute la lyre des réactions nerveuses. Les tableaux cliniques diffèrent, comme doivent différer l'interrogatoire et les moyens de traitement. Pour la première les renseignements sur les commémoratifs et les sensations actuelles seront vite obtenus; l'examen physique pourra être promptement

(1) Dr Albert Deschamps. La confiance et la sympathie. Le rapport psycho-moteur. *Paris médical.*

abordé ; le traitement local pourra suffire. Pour la seconde il faut s'armer de patience, débrouiller dans le passé comme dans le présent l'écheveau des sensations vraies et des exagérations, enfin le traitement local devra être combiné avec une médication sédative des réactions nerveuses et une psychothérapie.

On peut multiplier indéfiniment les exemples et il est facile de démontrer qu'un étudiant, qui à l'hôpital consent à se donner la peine d'analyser et de comparer les « numéros » qu'il soigne, peut acquérir au cours de ses études une connaissance déjà assez étendue de la psychologie des malades.

Il appartient aux éducateurs des futurs médecins de les orienter et de les soutenir dans cette voie. Quand on le fait, on ne tarde pas à s'apercevoir que la plupart des étudiants y font des progrès plus ou moins rapides, quand ils ont pris goût à *voir l'homme pensant et sentant derrière le malade souffrant*. Ce sont ceux qui réussissent le mieux dans cette voie qu'il faut pousser vers la pratique générale, ou vers les spécialités où la psychologie du malade réclame le plus de psychologie de la part du médecin (les maladies nerveuses et mentales par exemple). A ceux qui n'y mordent pas, conseillons la science pure, l'anatomie pathologique, la bactériologie et la pathologie expérimentale.

Le Dr Marcel Durand (1) raille discrètement les auteurs qui ont traité de la déontologie sur ce qu'ils sont unanimes à dire aux jeunes médecins : « Soyez psychologues, messieurs », tout en se taisant sur les moyens de le devenir ; lui, il s'est efforcé de faire mieux que ses prédécesseurs et mérite d'être loué pour avoir cherché à formuler certaines directives aux aspirants psychologues. Il pense, non sans raison, que l'art de persuader un malade est une forme familière de l'éloquence, « le plus petit des jeux oratoires », joute ou tournoi psychologique, dont l'enjeu est la conservation du moral du malade, où par conséquent l'intérêt du malade et du médecin sont solidaires. Le succès exige qu'il y ait corrélation mentale entre les deux interlocuteurs et Marcel Durand classe les causes fréquentes de *dysharmonie entre médecin et malade* sous quatre chefs principaux : 1° dysharmonies *sociales*, par inadaptation du médecin à un milieu auquel il n'était préparé ni par ses origines, ni par ses manières, ni par sa culture générale ; 2° dysharmonies *morales*, par divergence de caractère, d'opinions, de religion, par manque de sollicitude, de sympathie ; 3° dysharmonies *verbales* ou malentendus de mots techniques incompris ou déformés ; vocabulaire trop recherché ou trivial ; 4° dysharmonies *scienti-*

(1) *Journal des Praticiens*, 1918, « Propos de déontologie ».

ftques, par refus ou négligence de se prêter au goût, au snobisme de certains malades pour les méthodes nouvelles, pour l'inédit, le sensationnel.

Cette classification me paraît rationnelle, mais appelle certains commentaires. Elle met en lumière les directions dans lesquelles doit se porter le médecin pour prévenir cette dysharmonie ou y remédier ; car c'est le médecin seul qui doit et peut se mettre en harmonie avec le malade. Pour ce qui concerne la dysharmonie sociale, le peut-il toujours ? Je ne le crois pas. En cas d'écarts sociaux trop grands entre médecin et malade, le médecin, s'il a la supériorité, c'est-à-dire, s'il a reçu une éducation première meilleure que le malade, peut plus facilement combler le fossé creusé par l'inégalité sociale, à la condition qu'il s'y applique et s'y entraîne. L'inverse est certainement plus difficile et, si un homme de la bourgeoisie des villes est appelé à soigner des ouvriers et des paysans, il y a plus de chances pour qu'il réussisse à s'adapter à ses clients que le jeune médecin sorti du milieu ouvrier ou paysan à la haute clientèle bourgeoise et aristocratique, s'il n'a pas peu à peu modifié ses manières au cours de ses études, en fréquentant le monde ou en acquérant, au contact de camarades appartenant à ces milieux, non seulement la connaissance théorique des habitudes et du langage mondain, mais cette aisance qui permet à l'homme du monde d'exprimer naturellement ses pensées, de soutenir une conversation sans effort avec n'importe qui.

On m'objectera que les exemples sont éclatants de médecins, et surtout de chirurgiens, professeurs illustres, qui, sortis du peuple et arrivés au sommet de la hiérarchie professionnelle, ont eu la plus riche et la plus aristocratique clientèle. Mais l'objection ne vaut pas au point de vue qui m'occupe. Le génie et le talent supérieur comblent les fossés les plus profonds. L'éducation restée fruste d'un Dupuytren ne l'a pas empêché de soigner les plus grands du monde de son temps. Il peut arriver même que les rudesses d'un parvenu communiquent à sa fréquentation une saveur inédite, un certain ragoût apprécié par les palais blasés des grands. Mais le chirurgien est déjà plus à l'aise que le médecin dans le rôle du paysan parvenu ; pour l'acte opératoire, la dysharmonie est relativement peu importante entre le patient et le porte-couteau. L'insuffisance d'éducation est beaucoup plus sensible chez le médecin. C'est surtout comme grands consultants qu'ont pu réussir les illustres médecins mal élevés. Comme médecins permanents, ils n'auraient pas donné toute satisfaction aux familles.

Mais laissons de côté ces grands hommes ; ce n'est pas de former des médecins célèbres que j'ai la prétention. Ils se font eux-mêmes.

Quand j'ai eu vue le commun des mortels qui entreprennent de soigner leurs contemporains, il demeure clair à mes yeux que le médecin doit être

au moins égal à son client comme éducation première ou acquise (combien cette acquisition est pénible, lente et rarement complète !). Je l'ai déjà dit à propos des débouchés, du choix d'une clientèle et du mariage, c'est un conseil excellent à donner à un jeune docteur de chercher prudemment clientèle, et même femme, dans un milieu peu différent de celui où il a été élevé.

Les dysharmonies morales semblent plus faciles à éviter. On n'aura guère d'occasions de se trouver en désaccord d'opinions religieuses ou politiques avec ses clients, si on s'en tient au conseil que j'ai donné d'éviter autant que possible les conversations étrangères à la médecine et à la maladie, en tout cas de ne pas les faire naître et, si on pressent ou s'aperçoit qu'un désaccord existe, de glisser sans insister. D'ailleurs, *les médecins doivent donner l'exemple de la tolérance en matière d'opinions.* Il ne me paraît pas si difficile de se placer par l'imagination au point de vue de l'être malade qu'on cherche à consoler. Fussiez-vous incrédule ou sceptique, vous n'engagez pas votre indépendance d'esprit en rappelant à votre client ce qu'il peut y avoir de consolant ou de réconfortant dans les croyances que vous lui connaissez.

Ce qui serait irrémédiable, ce serait de n'éprouver ni disposition à la sollicitude, ni sympathie pour le malade ; mais alors c'est qu'on n'a pas la vocation et, comme je l'ai dit déjà, comme je ne saurais trop le répéter, si on n'a pas la vocation, on ne sera jamais un bon médecin, j'entends un médecin utile, et on sera toujours un médecin mécontent de son sort.

Quand je parle de la sympathie qu'il est indispensable d'éprouver pour les malades, je tiens à preciser qu'il s'agit non pas de la sympathie pour l'homme ou la femme qu'on soigne en tant qu'on voulût les avoir pour amis quand ils sont bien portants, mais d'un sentiment particulier de compassion, que doit faire naître dans l'âme du médecin l'état de maladie, la notion des souffrances physiques ou morales liées à la maladie, avec l'ardent désir de les soulager. Sans doute on éprouve plus de sympathie, on est disposé à se dévouer davantage aux braves gens, aux êtres bons, quand ils sont malades ; mais le médecin, qui a la « fibre » professionnelle, peut et doit sentir s'éveiller, même pour des êtres qu'il sait mauvais et méprisables, s'ils sont malades et se confient à lui, sinon une vraie sympathie, du moins une grande pitié avec le désir de les soulager ou, suivant un autre processus mental moins noble, une sorte d'amour-propre professionnel et de besoin artistique de réussir une tâche difficile.

On se gardera des dysharmonies verbales en prenant l'habitude, dès le début de ses études, de n'employer notre jargon scientifique qu'avec les « clercs » médecins et de traduire toujours nos appréciations et nos diagnostics en langage vulgaire pour les « laïcs », et d'adapter toujours nos

expressions au milieu. Il y a quelquefois plus de difficulté à comprendre le client qu'à se faire comprendre de lui, si on a affaire avec des paysans parlant patois ou usant de termes régionaux avec un accent d'un cru spécial. Si on commence à exercer dans des provinces où l'on est quelque peu intrus, il faut un temps d'apprentissage.

Quant aux dysharmonies scientifiques, il est généralement facile de les prévenir, soit en faisant comprendre aux malades les inconvénients que peut avoir pour eux l'engouement pour des médicaments ou des méthodes inédites ou sensationnelles, soit en leur en permettant l'essai, quand il nous semble inoffensif ; enfin, en tenant aussi largement compte que possible des répugnances ou même des caprices qu'ont certains malades au point de vue du mode d'administration des médicaments. J'y reviendrai à propos de la méthode thérapeutique.

Marcel Durand, désireux de venir en aide aux praticiens en vue de développer leur aptitude à la psychologie, leur sens psychologique, leur suggère d'analyser rapidement au lit du malade ses sentiments, de disséquer les éléments essentiels de sa mentalité, de diagnostiquer sa culture intellectuelle, de mettre au point son état d'âme. Pour être en mesure de résoudre au mieux ce problème, il conseille la lecture des moralistes, notamment ceux du XVII^e^ et du XVIII^e^ siècle, La Rochefoucauld, La Bruyère, Vauvenargues entre autres, et de quelques grands mémorialistes, un Retz, un Saint-Simon, analystes pénétrants des personnalités historiques et enfin de Balzac, notre romancier sans rival dans l'art de déduire le caractère des personnages du milieu dans lequel ils vivent. « Examinez, dit-il, le logis de votre malade, son appartement, sa chambre à coucher, inventoriez ces mille riens qui lui donnent sa physionomie propre et vous ne manquerez pas d'en tirer quelques renseignements précieux sur la mentalité de celui qui l'habite. » C'est fort bien dit et j'ai souvent constaté avec regret, en causant avec des étudiants contemporains, que beaucoup d'entre eux n'avaient jamais ouvert un volume de la *Comédie Humaine*.

Je vois moins clairement le parti qu'on peut tirer jusqu'à ce jour dans la pratique de notre art des études psycho-physiologiques contemporaines, par lesquelles « des observateurs très avisés ont découvert dans l'écheveau, en apparence inextricable, des rapports du physique et du moral des fils conducteurs précieux et sûrs » ... et déroulé « ce que la vieille philosophie appelait les replis de l'âme, l'insaisissable diversité des caractères ».

Je ne sais s'il n'est pas prématuré de dire qu'il existe une « technique physiologique », mais certainement savoir regarder les traits et les gestes de ses malades, ainsi que leur entourage familial et leurs objets familiers, savoir écouter attentivement leurs plaintes et noter leurs intonations, enfin savoir leur parler, parler leur langage, se mettre à leur portée et en quel-

que sorte à leur place, « dans leur peau », me paraissent les meilleurs moyens de nous mettre en harmonie avec eux. Souvent l'opération mentale qui réalise cette harmonie est une intuition de notre part, ou, si vous préférez, une opération qui s'exécute dans le subconscient, que facilite la fréquentation de nombreux malades, mais qui est singulièrement favorisée par l'amour du prochain, — quand le prochain est un malade et que nous avons la « bosse » de notre profession.

§ 2. DES PARTICULARITÉS PSYCHOLOGIQUES INHÉRENTES AUX CONDITIONS D'AGE, DE SEXE, DE PROFESSION, DE CARACTÈRES

S'il n'y a pas une psychologie des nourrissons, il y en a une des *nourrices*. Quand c'est la mère qui nourrit, elle a sa mentalité, variable suivant qu'elle est primipare, novice et craintive, confiante dans le médecin, — ou multipare et fière d'une expérience qu'elle n'est pas disposée à incliner devant celle d'un jeune médecin, quelquefois moins versé qu'elle dans la connaissance des troubles digestifs des bébés ; elle a aussi les particularités de caractère inhérentes à son milieu social, à sa nature propre, qu'il importe de démêler pour la convaincre à l'occasion de la nécessité de se conformer aux prescriptions médicales.

Quant aux nourrices mercenaires, il faut se familiariser avec leurs préjugés, les idées fausses de beaucoup d'entre elles, leur esprit de dissimulation dont il importe de ne pas être dupe, savoir dépister, à l'occasion, leur alcoolisme ou leur inconduite. Ce sujet m'entraînerait trop loin. Je l'ai traité ailleurs (1).

L'enfant, à partir de deux ans, commence à avoir une psychologie, qui s'accentue rapidement : il s'effare aux figures inconnues, mais il est en même temps curieux du nouveau, et, quand il est rassuré, aime qu'on s'occupe de lui. Quand on est appelé pour la première fois auprès d'un enfant, le meilleur moyen de l'apprivoiser est de ne pas l'aborder directement ; en entrant dans la chambre, ne pas paraître faire attention à lui, causer d'autre sujet avec l'entourage en l'observant à la dérobée ; lui, au bout d'un temps variable suivant son âge, son sexe et le milieu social, il commence à être humilié qu'on paraisse dédaigner sa petite personne et cherche à attirer l'attention du nouveau venu ; c'est le moment de lui adresser la parole doucement, comme par hasard, en lui faisant quelque compliment sur sa gentillesse, attention à laquelle la vanité humaine est

(1) *Thérapeutique infantile médico-chirurgicale*, deuxième édition, p. 19. (En collaboration avec Aug. Broca.)

de bonne heure sensible, surtout chez les filles ; une excellente habitude est d'avoir sur soi une bonbonnière, contenant quelques bonbons inoffensifs, sucrés ou acidulés. Il ne faut pas se hâter de découvrir le corps, mais prendre d'abord la main, engager la conversation et, suivant l'âge et les cas, poursuivre une sorte d'interrogatoire familier. Naturellement il ne faut attacher qu'une confiance très relative aux réponses du petit ; la mythomanie, comme dit le professeur Dupré, est au maximum dans l'enfance ; néanmoins, avec certains enfants, un interrogatoire bien conduit donne parfois des résultats surprenants. Mais la douceur et la patience sont indispensables. Pour bien soigner les enfants il faut beaucoup plus de temps que pour les adultes. S'il est souvent malaisé de conquérir la confiance des enfants, quand on y a réussi, on obtient d'eux à peu près tout ce qu'on veut, comme facilité d'examen. Un bon médecin d'enfants doit aimer les enfants et il est rare qu'il ne se fasse pas aimer de la plupart d'entre eux, mais il faut, sauf cas exceptionnel, bannir l'air croquemitaine.

Il est utile d'exercer notre sagacité à reconnaître, parmi les personnes qui entourent l'enfant malade, celle qui mène les autres ; ce n'est pas toujours la mère, c'est quelquefois une grand'mère, plus souvent une vieille bonne dévouée, mais dont le dévouement, faussé par des préjugés, peut être nuisible. Cette personne, qu'on présume devoir être l'arbitre, plus ou moins déguisé, du traitement, il est prudent de la sonder pour savoir ce qu'elle pense et, quand on a constaté qu'elle a des idées fausses sur la manière de soigner l'enfant, il est habile de ne pas attaquer de front ses préjugés ; mieux vaut les tourner, c'est-à-dire, faire des concessions pour en obtenir.

Les *adolescents* nous présentent des difficultés inhérentes à l'état physique et psychique qui accompagne si souvent la *puberté*.

Chez les *fillettes,* dont les mères sont intelligentes et attentives, l'établissement des règles avec les malaises souvent nombreux et que les intéressées définissent mal, avec les modifications du caractère qui prennent quelquefois une allure morbide, s'opère sans que le médecin soit beaucoup consulté. Toutefois, quand il ne l'est pas, son rôle est de prévenir la mère de l'indulgence nécessaire envers des bizarreries ou des sautes d'humeur dont souffre l'entourage. Les écarts d'âge très larges entre les adolescentes suivant les climats, les races et les familles, au point de vue de l'apparition du premier flux menstruel, oblige le médecin à y penser déjà parfois pour des enfants de moins de dix ans, en présence de certaines modifications physiques et psychiques ; il y a lieu d'éveiller l'attention de la mère et de l'engager à prévenir doucement, et sans paraître y attacher d'importance, de l'apparition possible du sang, qui, si elle n'affecte guère les filles de 13 à 14 ans, parce qu'elles savent déjà par des camarades menstruées

avant elles l'inévitable, périodique et désagréable sujétion de leur sexe, a parfois très péniblement effrayé des petites filles réglées précocement.

Quand le médecin est consulté au sujet des troubles menstruels, il doit s'attendre souvent à trouver sa malade agacée, aussi prompte aux larmes qu'à la colère, et fera bien de se montrer très doux et très patient. D'ailleurs, dans toute sa carrière, le médecin devra s'attendre à trouver des clientes de tout âge moins maniables psychiquement dans ces périodes, et conformer son attitude morale à celle des patientes, s'il veut faire accepter ses conseils.

Il est d'autant plus important pour le médecin de connaître la *psychologie féminine* que c'est avec la femme qu'il a le plus souvent affaire, soit comme malade, soit comme mère ou comme épouse. Il la soigne, mais il trouve aussi en elle la collaboratrice aux soins qu'il donne ; il doit se préoccuper dans ce cas de n'avoir pas en elle une adversaire, comme cela arrive quand la femme, par suite de préjugés ou d'une appréciation inexacte de son rôle, risque de devenir plus nuisible qu'utile à son entourage.

Le médecin doit donc apprendre de bonne heure à démêler non seulement les traits généraux du caractère féminin, dont les moralistes et les psychologues lui ont tracé les grandes lignes, mais les traits spéciaux de la femme en présence de laquelle il se trouve. Peut-être même, dans certains cas, l'obsession des caractères mentaux généraux du sexe féminin l'égarera-t-elle plutôt qu'elle ne le servira ; il y a de si grands écarts entre les caractères féminins non seulement suivant les âges et les conditions, mais aussi suivant la santé et la maladie.

La jeune fille, la jeune femme pendant les années sexuelles, la femme en période de ménopause, la vieille femme sont autant de types généraux vis-à-vis desquels le praticien doit se préoccuper de réactions psychiques différentes et modifier quelque peu son attitude.

Pour un jeune médecin c'est *la jeune fille* vis-à-vis de laquelle il est le plus malaisé de réaliser cette aisance dans les paroles et les conseils qui caractérise l'adaptation complète et si désirable du médecin au malade ; car elle atteste la confiance de celui-ci et rend plus facile et plus rapide l'action de celui-là. La difficulté est le plus souvent d'autant plus grande que le médecin exerce dans un milieu social plus élevé ou plus fermé. Les jeunes filles ouvrières ou domestiques des villes, l'étudiant a pu les étudier comme malades dans les hôpitaux et, s'il leur a témoigné les égards et la fraternelle bonté qu'il convient, il aura facilement obtenu leur confiance et n'aura pas rencontré dans ses interrogatoires les réticences qui compromettent l'exactitude du diagnostic et dans ses examens la mauvaise volonté qui les rend incomplets.

Les jeunes paysannes sont parfois difficiles à apprivoiser et s'effarouchent

en présence d'un jeune médecin, s'il garde une attitude gourmée ou affecte une brusquerie de commande, croyant ainsi en imposer davantage ; la bonhomie simple et la politesse cordiale rompent au contraire rapidement la glace.

Dans les milieux bourgeois la mère laisse bien rarement un jeune médecin interroger et examiner sa fille sans l'avoir d'abord pris à l'écart pour lui expliquer le cas et le caractère de la malade, tels qu'elle les comprend, afin de limiter autant que possible la durée de l'examen et d'éviter à son enfant les questions qui pourraient la gêner, avec grandes recommandations de ne pas effaroucher sa timidité. Il faut naturellement écouter très attentivement et faire son profit de ce qu'on vous confie.

Mais il serait fort imprudent d'accepter sans contrôle les affirmations et interprétations de la mère, car les filles ont souvent des secrets pour leurs mères et celles-ci ne sont pas exemptes de préjugés sur les causes des malaises de leurs filles. Le jeune médecin célibataire n'est pas aussi à l'aise pour démêler les sentiments des filles à marier que le médecin marié.

L'importance de ces nuances disparaît dans les maladies aiguës et graves, avec les préoccupations du cant et de la pudeur ; elle est réelle dans les cas, plus nombreux dans la pratique, d'indispositions, de troubles nerveux et surtout menstruels. Le médecin songera aux influences de la mode, des lectures, des petites amies sur les habitudes, le costume, l'humeur. Il cherchera souvent la vérité dans une direction opposée à celle que sembleraient suggérer les plaintes ou les réponses ; la dissimulation n'est pas rare chez les jeunes filles. Telle maigrit parce qu'elle évite de manger par peur de devenir obèse ; telle digère mal parce qu'elle porte un corset trop serré pour amincir sa taille — ce danger ne se verra peut-être plus, la mode d'aujourd'hui paraissant avoir aboli la contrainte du corset (en même temps que d'autres plus regrettables) — ou parce qu'elle abuse des gâteaux ou du thé, sans vouloir l'avouer. Une autre se prive de sommeil pour lire en cachette des livres qu'elle n'oserait laisser voir à ses parents, sans parler des inclinations secrètes ou contrariées.

Il faut toujours commencer par dissimuler l'interrogatoire sous forme de conversation sur les sujets qui ne risquent pas d'exciter la défiance ou la susceptibilité, en réservant les coups de sonde du côté des sujets scabreux pour des visites ultérieures, quand l'habitude aura amené la confiance. Il y a lieu d'éviter les intonations ironiques, aussi bien que les exclamations sévères, quand on apprend des imprudences ou de grosses erreurs d'hygiène ; mieux vaut rester pendant quelque temps dans les banalités du diagnostic et de la thérapeutique, s'il n'y a pas urgence à en sortir, plutôt que de se fermer à jamais la porte des confidences graduelles, qui s'entr'ouvrira peu à peu pour le médecin quand la connaissance sera bien faite.

Il n'y a pas de malade qui prenne plus aisément et plus définitivement en grippe un médecin qu'une jeune fille, si elle croit qu'il veut lui arracher ses secrets. Parmi les misères physiques, celles qui lui répugnent le plus à avouer sont la constipation et la leucorrhée, pourtant si fréquentes ; aussi sera-t-il d'une bonne diplomatie de n'aborder ces deux troubles qu'après s'être enquis de tous les autres symptômes possibles.

Il est prudent de la part du médecin de ne pas paraître l'instrument d'une volonté paternelle ou maternelle qui cherche à s'imposer à une fille récalcitrante ; nous avons tout avantage, au point de vue de notre influence présente et future, à paraître au contraire l'arbitre impartial des contestations familiales relatives à l'hygiène.

La *femme, mariée* récemment, redoute généralement toutes les questions et investigations relatives à la fonction sexuelle, hormis les cas où il est de toute évidence que ce sont les organes génitaux qui sont le siège de la souffrance et tant que la grossesse n'est pas en cause. A ce point de vue, celles qui désirent être enceintes s'empressent de faire part de la première suppression des règles, et il ne faut pas se hâter de leur donner l'assurance que la grossesse est réelle avant d'avoir constaté des signes classiques pour ne pas préparer une désillusion très pénible. Au cours de la grossesse quelques nullipares très timorées confient les appréhensions que leur cause la perspective des douleurs et la crainte des complications ; il est nécessaire de les rassurer. D'autres, au contraire, sont tellement peu préoccupées de l'importance de leur état qu'elles accumulent les imprudences sans crainte de provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré, — sans parler de celles, encore trop nombreuses, qui font tout le possible pour amener l'interruption de cette grossesse qu'elles ne désiraient pas. A celles-ci il faut faire comprendre que l'avortement est souvent plus dangereux que l'accouchement à terme et que les suites lointaines compromettent gravement la santé.

La question de l'*allaitement* est une cause fréquente de discussions entre les jeunes accouchées et le médecin ; celui-ci, quand il ne voit pas de contre-indication formelle, doit naturellement faire de son mieux pour démontrer la supériorité de la mise au sein de la mère. Les cas les plus gênants sont ceux où il y a désaccord entre les désirs de la mère, du père et de la belle-mère. Une jeune femme décidée à ne pas nourrir, malgré le désir de son entourage, trouve moyen d'invoquer toutes sortes de raisons et d'accuser quantité de malaises. — Inversement il y a des femmes qui sont résolues à être nourrices malgré les difficultés ou les dangers, et on peut être assez embarrassé pour les en détourner sans leur révéler la tare morbide empêchante. Des difficultés du même genre peuvent se présenter au sujet du sevrage, que certaines voudraient hâter pour reprendre plus vite

leurs distractions mondaines et que d'autres voudraient prolonger trop dans le désir d'être plus utiles à l'enfant. Toutes ces difficultés pratiques sont plus difficiles à résoudre pour le débutant, surtout s'il n'a pas reçu de ses maîtres des préceptes fermes en pareille matière.

Plus avancées dans la vie conjugale, les femmes prennent quelquefois le médecin pour confident très intime des moindres incidents de leurs rapports avec leur mari, les unes pour se plaindre de sa froideur, d'autres de ses excès, réels ou prétendus; les premières sont d'ordinaire mues par la jalousie ou dépourvues de sensibilité génitale : elles harcèlent le médecin de questions parfois gênantes, car telle réponse qui y serait faite pourrait amener la brouille dans le ménage; il faut éviter autant que possible d'être pris comme intermédiaire entre mari et femme en désaccord sur ces matières délicates. Terribles sont les femmes soupçonneuses qui ont peur que le mari ne leur apporte des maladies contagieuses; on peut encore les rassurer par des examens réitérés et attentifs. Il en est qui souffrent d'une disproportion des organes sexuels ou d'habitudes dépravées du mari, et qui souffrent longtemps avant de se décider à confier au médecin leurs souffrances; quand on est prié d'intervenir en pareil cas auprès du mari, on doit le faire avec toute la délicatesse possible; s'il ne s'agit que de ménagements à suggérer à un mari bien intentionné et inconscient, l'intervention du médecin est d'ordinaire bien reçue. Dans le cas d'immoralité ou de grossièreté du mari, il faut s'attendre, après avoir rempli son devoir d'avertisseur, à être mal reçu ou, si le coupable feint l'étonnement, à être évincé ultérieurement.

Il faut aussi envisager le cas où une femme hystérique, ou désireuse de provoquer un divorce, feint d'être victime d'excès maritaux et espère faire du médecin un instrument contre son prétendu bourreau. Aussi ne doit-on intervenir qu'à bon escient et après certitude acquise de sévices constatables. Prévenant d'ailleurs la plaignante de l'impossibilité où la loi nous place de témoigner en justice pour ou contre nos clients, il faut l'engager à prendre pour confidente sa plus proche parente, s'il y en a, et à consulter avocat ou avoué, qui pourront demander l'expertise médicale d'autres confrères.

Dangereuses aussi les femmes mal mariées ou les veuves joyeuses, qui coquettent avec le médecin, mues par le désir de trouver un consolateur. C'est souvent à l'approche de la ménopause que certaines femmes, par hyperesthésie génitale ou par perversion mentale, viennent sans cesse réclamer des examens que ne motive guère l'état de leurs organes, exception faite de celles qui souffrent d'un prurit vulvaire dont témoignent d'ailleurs les excoriations ou l'eczématisation symptomatiques.

S'il se rencontre un certain nombre de femmes chez lesquelles le senti-

ment de la pudeur est tout à fait absent, la plupart, quelle que soit d'ailleurs leur moralité, savent gré au médecin de ne les dévêtir et de ne les découvrir qu'avec discrétion. Quand on examine une femme couchée et déshabillée, il est aisé de ne la découvrir que partiellement, et en procédant par zones successives on arrive sans protestation à examiner toute la surface du corps; quand un examen aussi complet est nécessaire, il faut toujours commencer par les régions qui mettent le moins en jeu la pudeur.

Quand une femme doit se déshabiller dans notre cabinet, il faut détourner les regards et paraître occupé pendant qu'elle quitte ses vêtements, opération souvent compliquée et assez longue pour les femmes du monde, quand elles ne sont pas accompagnées de leur femme de chambre. Il est commode d'avoir un paravent qui isole un coin du cabinet et derrière lequel la cliente se déshabille à loisir et peut ensuite se rhabiller; la présence d'une glace, d'une pelote à épingles à portée est agréable à beaucoup d'entre elles. La plupart des femmes ayant retiré robe, corset, pantalon, gardent une jupe pour s'étendre sur le divan ou la chaise longue. Quand on est amené à relever jupon et chemise, on peut avoir à portée de la main un morceau d'étoffe ou une alèse qui permet de recouvrir les portions de la partie inférieure du corps sur lesquelles l'examen ne porte pas.

Les femmes, qui font quelques objections à se déshabiller, ne sont pas toujours mues par la pudeur; il en est qui, sanglées et habillées d'une façon compliquée, considèrent comme un ennui de procéder à la double opération d'enlever et de remettre leur harnais de mondaine. On fait tomber leurs protestations en mettant à leur disposition une femme de chambre, si on en a une, et l'expérience m'a montré que celle-ci rend beaucoup plus de services qu'un valet de chambre à la consultation.

D'autres qui, coquettes même vis-à-vis du médecin, craignent de paraître enlaidies dans leur état naturel, protestent parce qu'elles ont à se reprocher des « dessous » incorrects, la présence des règles; il faut savoir démêler le motif secret de la résistance et n'insister qu'à bon escient ou prévenir que cet examen sera nécessaire à une consultation ultérieure. Ce sont souvent les femmes de la vertu la plus irréprochable qui acceptent sans mot dire de se déshabiller quand on le leur demande et quand on ne le fait qu'après avoir terminé l'interrogatoire. J'ai été quelquefois surpris de la facilité avec laquelle certaines jeunes filles naïves se conformaient à l'injonction médicale; à peine priées de se déshabiller, elles apparaissaient en un clin d'œil comme un conscrit devant le conseil de révision. Cela n'arrivait pas quand j'étais un jeune médecin.

Il n'y a pas de client plus fidèle, en général, qu'une femme qui vous a une fois donné sa confiance et son amitié. Pourtant chez certaines femmes la complication des sentiments est extrême. J'ai eu une cliente qui m'a témoi-

gné pendant de nombreuses années une confiance absolue pour son mari, son enfant et pour elle-même; ayant perdu son mari, d'une maladie incurable que j'avais diagnostiquée dès son début, elle tomba dans un état psychasthénique avec nosophobie, elle cessa de croire à l'exactitude de mes diagnostics à son sujet : à chaque nouvelle autosuggestion morbide dont elle me faisait part, j'appelais un consultant de son choix. Plusieurs s'étant ainsi succédé et ayant conclu comme moi à l'inanité de ses craintes successives, la pauvre femme me fit un jour cette déclaration : « Mon cher docteur, vous m'aimez trop ; vous craignez tellement pour moi que non seulement vous vous aveuglez volontairement à mon sujet, en refusant de voir la gravité des symptômes que je vous signale, mais que vous suggestionnez les confrères que vous appelez en consultation pour qu'ils ne m'effrayent pas ! » Notre conclusion commune et amiable fut que je devais passer la main pour la direction de sa santé à un confrère qui ne serait point un ami de vieille date. Mon successeur ne fut d'ailleurs pas plus heureux.

Les *femmes âgées* offrent d'importantes caractéristiques. La persistance d'une certaine coquetterie porte beaucoup d'entre elles à ne pas paraître devant le médecin telles que l'âge et les infirmités les ont faites : il leur serait très désagréable d'être vues par lui sans les artifices à l'aide desquels elles cherchent à

Éviter des ans l'irréparable outrage.

Les faux cheveux et les fausses dents, dont l'utilité est d'ailleurs réelle au point de vue de l'hygiène, sont toujours en place avant la visite médicale, et il serait maladroit d'y faire allusion. Le fard est moins respectable et plus gênant, si le médecin n'y prenait garde, pour apprécier la couleur réelle des téguments du visage.

Plus encore que les jeunes femmes les femmes âgées sont choquées d'être découvertes sans nécessité et surtout trop brusquement.

La plupart des femmes âgées se complaisent aux longues explications, à des retours vers le passé le plus lointain, dont elles n'énumèrent pas toujours les incidents pathologiques avec une exactitude suffisante, soit par diminution de la mémoire, soit parce que quelque souvenir désagréable leur semble inutile à préciser. Aussi ne faut-il pas être surpris d'apprendre, par recoupements ou conversations avec l'entourage, certaines omissions ou contradictions, dont le redressement n'est pas inutile à l'établissement du diagnostic et de la thérapeutique, mais qu'il vaut mieux garder pour soi.

La mémoire des vieillards est souvent bien conservée pour le lointain

passé, — il y a des exceptions et il n'est pas difficile de les constater quand on vit avec des personnes âgées, en comparant les souvenirs de leurs contemporains; il ne faut donc pas se fier absolument à l'exactitude des souvenirs anciens; — pour les faits récents, chacun sait qu'ils s'effacent vite de la mémoire des vieillards.

La persistance d'un état mental hystérique jusqu'à l'âge le plus avancé est attestée par des exemples fréquents : par conséquent, l'autosuggestibilité, l'insincérité, l'exagération, la susceptibilité entrent souvent pour une large part dans leur psychologie et nous avons à en tenir compte.

Les femmes âgées prennent souvent en véritable affection le médecin qui a su leur plaire et font une active propagande en sa faveur auprès des membres de leur famille et de leurs amies.

Avoir passé quelque temps dans un hospice de vieillards n'est pas inutile pour nous préparer à connaître ces difficultés. La plupart du temps les gens âgés parlent volontiers, ils énumèrent tous leurs sujets d'inquiétude, mais ils se laissent malaisément questionner, ou ils ne vous laissent qu'au bout d'un certain temps diriger l'interrogatoire. Il faut donc s'armer de patience et s'arranger pour n'être pas pressé quand on visite une personne âgée, surtout pour la première fois; d'ailleurs les vieillards voient souvent dans la visite du médecin une distraction, une occasion de conversation, et la déférence s'oppose à ce qu'on leur fasse comprendre en général que le temps du médecin est toujours trop court.

Beaucoup de vieillards, qui sont heureux de causer longuement, trop longuement avec le médecin, ont au contraire plus ou moins de répugnance à l'examen physique, les femmes principalement, pour des raisons diverses, parmi lesquelles une coquetterie persistante joue souvent un rôle. Plus d'une, du moins parmi les personnes aisées et les anciennes mondaines, ne veut être vue par son médecin, à moins que la gravité du cas ne lui ait enlevé le sentiment si tenace des charmes disparus, qu'après avoir été disposée par sa femme de chambre à son plus grand avantage; il est prudent, surtout de la part d'un jeune médecin, de ne pas passer outre à cette consigne et de ne pas entrer à l'improviste dans la chambre à coucher, surtout le matin; et cependant c'est encore le matin qu'il vaut mieux faire la visite, car la répugnance des vieillards à se déshabiller dans le cours de la journée est encore plus accentuée que chez le commun des malades.

Les examens physiques des femmes âgées doivent être faits avec encore plus de précautions, de demandes en autorisation que chez les plus jeunes.

C'est surtout pour commencer l'examen de certaines régions qu'il importe de ne rien brusquer; au cours de l'examen, il vaut souvent mieux continuer à faire sans dire, en élargissant le cercle des examens. Éviter

toujours de découvrir sans nécessité, mais au contraire insister pour voir et toucher toute région dont l'examen importe au diagnostic.

S'il est parfois prudent de ne faire certains examens génitaux des jeunes filles ou jeunes femmes qu'en présence de témoins (mères ou maris), il est toujours moins pénible aux femmes âgées d'être examinées sans témoins.

Les gens âgés, ceux du moins qui ont eu une existence maladive, ont conservé souvent un souvenir reconnaissant des médecins qu'ils ont eus et pris certaines habitudes de traitement sous les directions passées ; ils ne manquent jamais d'en faire part au dernier venu et il est habile de ne pas s'élever sans nécessité contre ces habitudes, de ne pas les changer trop brusquement. La nature des purgatifs, le mode d'administration des médicaments, si contraire qu'il soit à nos habitudes actuelles, veulent souvent être respectés.

Un « Jeune Médecin » sera souvent mal venu à afficher son dédain pour des thérapeutiques désuètes qui inspirent confiance au patient depuis de longues années et à vouloir imposer le « dernier cri » de l'école à laquelle il appartient ; il ne faut pas perdre de vue que souvent un même but peut être atteint par des moyens différents et que, si les nouveautés sont bien accueillies par les malades jeunes, elle effraient souvent les vieux.

En dehors des maladies bien caractérisées, les vieillards sont sujets à certaines infirmités dont le médecin doit sans cesse s'enquérir : la constipation et l'insomnie.

Le mode d'alimentation joue un rôle important, mais il ne peut être changé, s'il est défectueux, que peu à peu et avec prudence : il y a des habitudes organiques comme des habitudes mentales qu'il serait peu sage de vouloir déraciner brusquement. On y arrivera plus facilement avec le concours de l'entourage, préalablement prévenu, que par des prescriptions impératives.

Rien n'est plus délicat que le pronostic, et cependant les familles insistent souvent beaucoup pour nous le faire préciser. Il y a des vieillards qui, malgré une débilité apparente, malgré des infirmités nombreuses, ont une résistance aux maladies aiguës intercurrentes qu'on n'apprécie que si on a déjà eu l'occasion de leur donner des soins. Il y en a qui supportent bien longtemps certaines maladies chroniques, comme la tuberculose, certaines néphrites parcellaires, certaines glycosuries. On ne saurait se montrer trop réservé dans l'appréciation de la survie possible ; la connaissance des antécédents familiaux, comme la longévité des ascendants uni et surtout bilatéraux, des habitudes du malade serviront souvent de base à de vagues prévisions.

Les vieillards aiment rarement à parler de l'éventualité funeste ; quelques-uns pourtant se complaisent à en entretenir le médecin comme leurs

proches, paraissant considérer la mort comme une délivrance qu'ils appellent. Ce serait une méconnaissance de la nature humaine que de prendre au pied de la lettre ce langage; ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles que nous sommes tenus, en conscience, à laisser entendre à un patient de l'approche possible de la fin, quand nous avons par la connaissance de son passé, par les renseignements de son entourage ou après des conversations antérieures sérieuses, l'évidente conviction qu'il a besoin d'être averti. Presque toujours, d'ailleurs, il suffit de répondre aux demandes relatives à l'opportunité des secours religieux et des dispositions testamentaires, sans risquer de frapper le moral du patient, qu'une bonne précaution n'est jamais nuisible, qu'un malade dont l'esprit est en repos présente plus de résistance à la maladie pour permettre l'exécution des mesures nécessaires. Ces réserves faites, en général le langage du médecin doit être empreint du plus large optimisme à l'égard du malade et d'une constante réserve vis-à-vis de l'entourage.

Beaucoup de vieillards qui sont attachés à leur médecin par de longues années de confiance le consultent sur la teneur de leur testament, s'ils n'ont pas d'enfants ou s'ils sont en mauvais termes avec ceux qu'ils ont. Il est le plus souvent préférable de décliner tout conseil, surtout quand il existe des héritiers directs et proches. Signalons le danger d'être accusé de favoriser une captation de testament; dans certains cas, nous devons être très prudents. Le Code interdisant au malade de léguer ses biens au médecin qui le soigne dans sa dernière maladie, la législation nous met pourtant à l'aise pour conseiller un testateur. Aussi, quand nous sommes consultés par des personnes très riches et qui ne peuvent faire tort à leurs héritiers en formulant des legs spéciaux, il nous est permis de diriger les intentions bienfaisantes des testateurs en faveur des institutions que nous jugeons utiles : sanatoriums, sociétés scientifiques, associations de bienfaisance, prix, etc. Certains testateurs, en effet, sont mal éclairés et il nous appartient de redresser de bonnes intentions qui risquent d'avoir des résultats sociaux plutôt fâcheux ; on n'a pas oublié cet homme bien intentionné, mais ignorant des questions médicales, qui avait fondé un prix pour favoriser la multiplication des géants par des mariages sélectionnés, ne se doutant pas que le gigantisme est une maladie.

Un cas à signaler aux médecins qui soignent les vieillards est la constatation de sévices ou de fautes de soins de la part d'un entourage soit familial, soit mercenaire; notre devoir est d'être les défenseurs de la vieillesse malade, ce n'est pas toujours facile.

La psychologie générale des âges se nuance à l'infini *suivant les tempéraments et les caractères*. Dans un guide comme celui-ci, nous n'avons pas

la prétention de nous livrer à une analyse psychophysiologique aussi fine. Notre devoir est pourtant de signaler à l'attention du jeune praticien quelles difficultés différentes opposeront à ses interrogatoires, à ses directives thérapeutiques, les nerveux timides et les irritables, les anxieux et les scrupuleux, graine de nosophobes, ceux qui font au contraire profession de mépriser les dangers et les régimes, les confiants qui ne tarissent pas en confidences, les menteurs et les mythomanes, les vaniteux qui peuvent aller jusqu'à la mégalomanie et les déprimés en marche vers la mélancolie.

Certains psychopathologistes ont cherché à découvrir les liens qui peuvent exister entre les caractères et les tempéraments, les états psychiques et les états constitutionnels, la prédominance de tel ou tel système ou appareil. Non contents des idées traditionnelles relatives aux prédispositions des sanguins à la vivacité, des lymphatiques à la lenteur des réactions mentales, des bilieux à la susceptibilité, etc., ils pensent pouvoir lier à la prédominance d'activité ou à la faiblesse du grand sympathique, des fonctions digestives et intestinales, certains états du caractère, de la sensibilité, de la volonté. Sans nier l'ingéniosité de ces aperçus, nous ne pensons pas qu'il soit prudent de faire entrer les conclusions jusqu'ici proposées comme un élément ferme d'appréciation pour l'établissement de nos diagnostics.

On peut aussi énoncer comme vue générale, mais en défaut bien souvent, les différences de psychologie *suivant les états sociaux*. On a écrit des traités pour mettre en lumière les oppositions entre la médecine des villes et celle de la campagne, non seulement basées sur les dissemblances matérielles relatives à l'habitation, à l'alimentation, aux habitudes professionnelles, mais sur les notables différences de réaction psychique entre les citadins et les paysans, les ouvriers et les bourgeois, les artistes et les savants, les riches de naissance et les parvenus (1). Et il y a une grande part de vérité dans ces études de psychologie professionnelle, que nous pouvons prendre pour base d'exploration quand nous abordons un malade nouveau ; pourtant combien il faut se garder du préjugé dangereux qui ne tiendrait pas compte de tant de circonstances individuelles. Non seulement l'habit ne fait pas le moine, mais il y a des cas où le moine n'a jamais eu les qualités de son habit et d'autres où l'homme a contracté à travers les vicissitudes de l'existence contemporaine des habitudes radicalement différentes de celles que pourrait faire supposer son habit ! Le plus sage est d'aborder chaque malade avec le moins de préjugés possible sur ce que vont nous révéler son aspect, son milieu, ses paroles, notre interrogatoire et ses réponses ; ne nous laissons pas entraîner sur une fausse piste par des présomptions théoriques.

(1) Munaret. *Du médecin des villes et du médecin de campagne*, 2e éd., Paris, 1840.

CHAPITRE VIII

Du diagnostic.

PRINCIPES GÉNÉRAUX A OBSERVER. — TAYLORISME MÉDICAL. — IMPORTANCE DE L'ORGANISATION ET DE L'OUTILLAGE. — CONTRÔLE DES MÉTHODES DE LABORATOIRE PAR LA CLINIQUE. — VALEUR DES NOTIONS RELATIVES A L'ÉVOLUTION INDIVIDUELLE.

Le point capital étant pour nous d'établir un diagnostic aussi sûr que possible, nous devons nous entourer des meilleures conditions pour l'examen des malades. Il faut y consacrer tout le temps nécessaire ; toutefois, comme beaucoup de malades réclament nos soins, nous ne pouvons dire, comme Alceste à Oronte qui s'excusait de n'avoir mis qu'un quart d'heure à composer son méchant sonnet : « Le temps ne fait rien à l'affaire. » Le problème est de *faire le meilleur examen dans le minimum de temps.*

Pour y réussir il faut s'y être dès longtemps exercé suivant la meilleure méthode, et mon ami Alfred Martinet était en droit d'écrire, dans son excellent livre récent (1). que celle-ci devrait être l'application à la clinique des principes que l'ingénieur Taylor a si bien fait triompher dans l'organisation du travail industriel. Arriver par l'étude minutieuse des conditions de tout travail à économiser son temps et ses efforts, en coordonnant tous les mouvements, en réduisant chacun de ceux-ci à l'acte qui, une fois reconnu le plus efficace dans le moindre temps, doit être ensuite toujours répété par l'ouvrier jusqu'à ce qu'il devienne presque automatique, quasi réflexe, ou du moins subconscient, — telle est à peu près la conception Taylor. Cette application du « taylorisme » à la technique médicale peut, dit Martinet, en décupler le rendement.

Il estime que la technique clinique doit être dominée par les trois principes suivants, qu'il condense dans la formule : *Totum, citò et exactum*,

(1) Alfred Martinet, *loc. cit.*

aussi louable et plus scientifique que l'antique adage chirurgical : *Tutò, citò et jucundè.*

Totum, c'est le *principe de l'intégralité,* qui doit viser à examiner intégralement tout l'organisme, non seulement *a capite ad calcem*, c'est-à-dire dans ses parties visibles, mais sans omettre aucun organe, aucun système : car, « en vertu de la solidarité fonctionnelle préétablie, caractéristique de la vie, tout l'organisme ressent inévitablement le contre-coup d'un trouble fonctionnel, même localisé à son début ». — « Il ne faut pas, obnubilé par le symptôme le plus *voyant,* limiter son examen à l'organe désigné par ce symptôme-signal. Une céphalée peut être d'origine rénale, une toux d'origine gastrique, une hématémèse d'origine urémique. Il n'est pas indifférent de constater qu'un tuberculeux est albuminurique, qu'un sujet atteint de gastro-entérite a une exécrable dentition, qu'un albuminurique a de l'hydrothorax, etc. »

Citò : C'est le principe même du taylorisme, la notion du temps.

Viser à enregistrer le maximum de phénomènes dans le minimum de temps par une étude minutieuse de l'instrumentation, de la position la plus commode du malade, par l'élimination systématique des gestes et des paroles inutiles, et la réalisation progressive chez l'observateur d'un automatisme conscient.

A cette fin, s'entraîner de façon méthodique à la pratique de chacune des techniques, puis à l'ensemble des techniques.

Pour les examens qui se font chez lui le médecin doit avoir sa salle d'examen minutieusement organisée, comme l'industriel son atelier, le chirurgien sa salle d'opération. « Chaque appareil, chaque siège, chaque meuble sera toujours à la place qu'il doit occuper, place déterminée par sa destination précise. » Et Martinet conseille aux praticiens de renoncer à la chaise longue incommode pour l'adoption d'une *table d'examen* permettant de donner facilement au sujet diverses positions (assis, étendu, couché à diverses inclinaisons), de pratiquer les méthodes graphiques, l'examen gynécologique ou urinaire, placée au milieu de la salle de façon que le médecin puisse facilement la contourner pour l'exploration plus commode de telle ou telle région, le pied orienté du côté de la baie d'éclairage (1).

Exactum. — Principe de la précision méthodique. « Passer de l'observation banale d'un phénomène à la *mesure* d'un ou de plusieurs de ses attributs est le seuil de toute évolution scientifique. Cette discipline contribue à donner à l'esprit une singulière rigueur. »

Recueillir donc avec la plus grande précision possible toutes les caractéristiques anthropométriques et biométriques par les mensurations, numé-

(1) Voir la description de tous les dispositifs accessoires dans l'ouvrage de Martinet.

rations, pesées, volumes des organes, examen des urines, du sang, pouls, respiration, température, etc. (1). Comme le voulait mon maître Bouchard, il faut mesurer, peser, compter tout ce qui peut être mesuré, pesé, compté.

Mais, pour faire œuvre scientifique, il faut conserver ces données cliniques, numériques et graphiques afin de pouvoir les confronter, les coordonner et « faire jaillir la lueur de la synthèse de l'amas informe et obscur des faits ». Pour organiser la *mémoire conservatrice*, « les fichiers, les classeurs doivent graduellement se substituer, se combiner du moins à la bibliothèque de jadis, comme l'atelier clinique, le laboratoire, la salle d'examen convenablement outillée doivent se substituer au cabinet de « conversation ».

L'application de ces principes essentiels se présente dans la pratique dans des conditions infiniment variées, depuis le service de clinique idéal où le chef est assisté d'un nombreux état-major *(pratique collective)* jusqu'au praticien de campagne exerçant isolé son sacerdoce dans les chaumières avec des moyens de fortune, ...ou plutôt d'infortune.

La *pratique individuelle* peut être exercée au lit du malade d'une façon courante avec une instrumentation rudimentaire et portative, dans le cabinet du praticien avec une instrumentation ordinaire assez simple, ou dans le cabinet d'un spécialiste avec une instrumentation perfectionnée.

Chaque médecin, suivant les circonstances, organisera son outillage et se créera une méthode ; la meilleure sera celle qui se rapprochera le mieux de l'idéal visé et se pliera le mieux aux difficultés à prévoir. Mais nous tenions à faire comprendre l'intérêt qu'il y a pour chacun de nous à s'entourer, pour recueillir les éléments du problème clinique, du plus grand nombre possible de moyens d'explorations précis.

Le praticien continuera toujours bien souvent à être obligé de se contenter d'un interrogatoire habile, d'un examen avec ses cinq sens et d'une discussion serrée des probabilités avec son bon sens. Mais, toutes les fois qu'il le peut, il doit incorporer à sa pratique courante les techniques qui sont à sa portée et dont l'utilité n'est plus contestable. Il y a des techniques essentielles, d'autres secondaires, d'accessoires et de superflues : il faut savoir choisir et coordonner.

Il n'est plus permis de refuser au client, toutes les fois que les circonstances le permettent, la sécurité qu'apportent au diagnostic certaines techniques (analyses urinaires et hématologiques, bactériologiques ou cytologiques, radiographie, réaction de Wassermann, ponction lombaire, etc.). « Instruit par la grande presse et la vulgarisation scientifique, à laquelle le médecin même participe pour une si large part, le public sera plus exigeant, ne se résignera pas à être, à son avis, insuffisamment examiné et

(1) Voir A. Martinet, *Éléments de biométrie*. Masson et Cie.

traité. » Déjà la classe moyenne à Paris recherche abusivement les consultations hospitalières, parce qu'elle sait y trouver certaines techniques dont le praticien ne peut pas toujours lui offrir l'équivalent. S'il est vrai que dans beaucoup de cas un bon praticien peut suppléer à l'insuffisance de son outillage par du dévouement, de l'expérience et du bon sens, il en est d'autres, de plus en plus nombreux, où une technique spéciale est indispensable pour asseoir diagnostic et thérapeutique.

Actuellement, le praticien qui reconnaît cette nécessité ne peut que faire appel à un laboratoire privé, si son client a des ressources suffisantes pour supporter les frais, ou l'adresse, s'il est trop pauvre, à une consultation hospitalière.

Ainsi Alf. Martinet, qui sur ces questions a émis les vues très judicieuses que je viens de résumer, prévoit et appelle pour l'avenir « la constitution d'organisations médicales collectives, groupant des praticiens rompus aux diverses méthodes d'examen et de traitement et où le patient aura la certitude de trouver réuni l'ensemble des compétences et des techniques utiles, dans des conditions satisfaisantes de confort, de commodité et de prix. »

La clinique, c'est-à-dire l'examen direct du malade par l'interrogatoire et l'examen des organes, est le pivot du diagnostic ; elle peut, elle doit utiliser les recherches du laboratoire, mais elle doit sans cesse en contrôler les renseignements.

Elle doit aussi tenir compte de l'*évolution physiologique de chaque individu*, qui explique l'emprise sur lui de maladies microbiennes ou toxiques à un moment plutôt qu'à un autre; de l'*adaptation de l'individu au milieu*, de la *synergie fonctionnelle des organes et appareils* qui doit rendre défiant contre la spécialisation à outrance : il n'y a guère, à proprement parler, de maladies des yeux, du larynx et du nez, de l'estomac, du cœur et des reins. La spécialisation n'est légitime que parce qu'elle permet à un praticien de posséder mieux la technique d'exploration et l'application de traitements locaux ; elle est insuffisante et peut être néfaste, si elle n'est pas dominée et réglée par une synthèse de l'état général d'équilibre de l'organisme.

C. Sigaud (de Lyon) a eu le mérite d'attirer l'attention sur la courbe évolutive de l'individu, qui est indépendante de l'âge, qui peut atteindre de bonne heure son apogée et son déclin, qui dépend à la fois des aptitudes organiques natives (créées elles-mêmes par l'hérédité, les conditions de la procréation et du développement embryonnaire intra-utérin) et des conditions de milieu. Il a signalé l'importance de l'aliment et du tube digestif, sur lequel l'exploration par les moyens externes et l'étude de la morphologie abdominale fournissent des renseignements trop méconnus. Il y a les

faibles et les *forts* dès le début de la vie. Sigaud affirme l'évolution suivant trois formes ou *types digestif, musculaire* et *cérébral,* et leurs *réactions aux milieux alimentaire, physique et social*, qui sont les excitants naturels des fonctions de chaque appareil.

La prédominance peut appartenir à l'un ou l'autre de ces types, l'appareil qui l'engendre prenant un développement morphologique prédominant. La connaissance de ces prédominances doit guider le médecin dans les conseils d'hygiène : une alimentation mal appropriée (insuffisante ou excessive), un travail intellectuel excessif imposé à un enfant dépourvu d'aptitudes cérébrales ; un travail manuel exagéré ou des exercices physiques intempestifs, auxquels on soumet sans entraînement un individu de faible musculature, peuvent hâter le déclin de l'évolution physiologique et compromettre tout l'avenir.

Pour la morphologie, les alternatives d'engraissement et d'amaigrissement sont en rapport fréquent avec l'activité des fonctions digestives, qui peuvent se traduire objectivement par des signes physiques (forme, élasticité, sonorité de l'abdomen), à cause de la disposition cavitaire du tube digestif qui lui permet ou le contraint de s'adapter au contenu.

Voilà des vues de philosophie biologique dignes de la méditation du praticien au point de vue du diagnostic, comme du pronostic et des conseils d'hygiène à donner.

CHAPITRE IX

Du pronostic.

OPTIMISME ET PESSIMISME. — ÉLÉMENTS DU PRONOSTIC. — PRINCIPALES CAUSES D'EMBARRAS. — MANIÈRES D'EXPOSER LE PRONOSTIC

C'est dans l'exposition du pronostic que réside une des plus grandes difficultés professionnelles. D'abord il est très souvent difficile à faire et Hippocrate signalait déjà que c'est la pierre de touche de l'expérience du médecin.

Il est difficile au début des maladies : qui n'a vu tourner mal, contre toute apparence, une maladie qu'il y avait toute raison pour juger bénigne dans les premiers jours ? Et par contre, quand on avait désespéré d'un malade qui paraissait à la veille de succomber, n'éprouve-t-on pas quelquefois l'heureuse surprise de voir se produire une crise imprévue et un retour rapide à la santé ou une lente réparation ?

Les vieux praticiens ont tous dans leur mémoire des souvenirs de ce genre, qui les rendent plus prudents que les jeunes. Ceux-ci doivent-ils en conclure qu'il ne faut jamais désespérer d'un malade et laisser toujours l'entourage dans la confiance ? — Ce serait peut-être excessif. Toutefois *il vaut mieux en somme être optimiste que pessimiste ;* mais chacun de nous obéit le plus souvent, à ce point de vue, à son tempérament naturel.

Pour avoir le plus sûr pronostic il faut avoir non seulement vu *beaucoup* de malades, mais les avoir *bien* vus et *suivis*. C'est dire que les étudiants qui ne voient les malades qu'en passant, à une étape de leur maladie, n'apprennent pas à poser un pronostic ; on n'en acquiert les éléments qu'en examinant chaque jour et jusqu'à la dernière heure les malades. A l'hôpital les internes sont plus favorisés à ce point de vue que les externes, et à plus forte raison que les stagiaires, parce qu'ils peuvent voir les malades à toute heure.

Il est pourtant d'une importance extrême de formuler le mieux possible le pronostic ; car c'est surtout sur lui que nous sommes jugés par les clients et leurs familles ; — ce qui est bien naturel, puisque c'est la seule partie de nos capacités qui leur soit accessible. C'est aussi la seule chose qui leur importe. Aussi nous n'avons quelquefois pas même terminé l'examen du malade que celui-ci ou ses proches nous demandent déjà « si c'est grave » ou non.

Il faut donc d'abord résumer les éléments du pronostic autant que nous le pouvons et ensuite réfléchir à la manière de le formuler.

Les *éléments du pronostic* se tirent non seulement des symptômes actuels, mais du stade de la maladie (tel symptôme est très alarmant au début parce que d'ordinaire il n'existe qu'à son acmé ; par exemple l'élévation thermique excessive), — de l'analyse minutieuse des appareils fondamentaux : la pression artérielle et la résistance cardiaque, la sécrétion urinaire, les réactions pupillaires, — de la connaissance du tempérament et de la constitution du patient. Ainsi le médecin qui a déjà soigné le malade dans une ou plusieurs maladies, qui connaît ses réactions personnelles, les preuves qu'il a données déjà de sa capacité de résistance, est en meilleure posture pour établir son pronostic que le médecin appelé par hasard et qui n'a pas assisté aux phases antérieures de la maladie. D'où le conseil d'*être d'autant plus réservé qu'on voit le malade pour la première fois.*

Il ne faudrait pourtant pas prendre toujours un air grave et solennel quand on est appelé pour une indisposition évidemment insignifiante, afin de se donner les gants d'une guérison qui va se produire toute seule. Ce procédé de charlatan n'est pas seulement blâmable, il serait vite dépisté et n'assurerait pas la réussite ultérieure d'un jeune praticien.

Les symptômes qui peuvent souvent nous porter à exagérer involontairement la gravité d'un pronostic sont ceux *d'ordre nerveux*, s'ils dépendent de l'état psychique ou des réactions d'ensemble, sans avoir la valeur d'une localisation sur les centres vitaux. L'abattement, l'indifférence, la prostration la plus profonde (qu'il faut savoir distinguer du coma) sont souvent aussi trompeurs que le délire, les convulsions désordonnées et autres signes d'excitation chez les grands nerveux, psychasthéniques ou hystériques, suivant le sexe et l'âge.

Une difficulté professionnelle au sujet du pronostic de certaines *hyperthermies vespérales, prolongées* plusieurs mois et même un an ou deux sans cause appréciable, mérite d'être étudiée par les praticiens. Il s'agit généralement d'enfants ou d'adolescents en période de croissance, plus rarement d'adultes, de femmes à la période de préménopause ; les élévations thermiques peuvent atteindre 38° et même exceptionnellement 39°, exacerbées par l'effort et la fatigue. Les examens réitérés les plus minutieux ne

permettent de déceler ni signes de tuberculose, ni adénopathies notables, ni appendicite chronique, ni adénoïdite suppurante ; les sujets en dehors de l'élévation thermique n'accusent pas de symptômes morbides ou seulement un peu de fatigue à l'heure de la montée thermique. Ces états ont été catalogués souvent fièvre de croissance par les médecins d'enfants ; parmi ces cas il se peut que se cachent quelques tuberculoses latentes et bénignes ; mais pour ceux qui ne réagissent pas à la tuberculine, dont la radioscopie ne décèle aucune localisation pulmonaire, et qui au bout d'un temps variable récupèrent la température normale, l'embarras persiste. Certains invoquent un affaiblissement passager des centres thermo-régulateurs (il s'agit presque toujours de sujets très nerveux) à la suite d'une affection antérieure quelconque (grippe, rhumatisme, fièvre éruptive). D'autres pour les fillettes prépubères et les femmes préménopausiques ont parlé d'une phase d'hyperthyroïdisme (Sergent). Le rôle du praticien dans ces cas est délicat : il doit s'entourer de tous les moyens modernes (examens de spécialistes pour les cavités rhinopharyngiennes, auriculaires, radioscopie, tuberculinoréactions, examens du sang) avant de conclure à l'impossibilité d'un diagnostic ferme et de rassurer la famille au sujet de l'avenir. Mais l'embarras persiste si la question se pose d'un mariage prochain. La plupart de ces sujets retrouvent l'équilibre ; néanmoins il serait, croyons-nous, imprudent de la part du médecin de conseiller le mariage tant que l'équilibre thermique n'est pas rétabli et il vaut mieux décliner la responsabilité d'une décision immédiate, en laissant la famille libre de la prendre.

Il ne faut pas non plus se laisser impressionner par des circonstances fortuites (la nuit, certains événements qui ont pu agir à notre insu parfois), le caractère du milieu : il y a des familles de détraqués où chacun s'affole, grossit et déforme tous les renseignements.

Plus les circonstances où nous sommes appelés sont exceptionnelles ou impressionnantes, plus il faut nous défier d'une première impression et garder le plus grand calme, tout écouter, tout regarder avant de tirer des conclusions en nous-mêmes et peser avec soin nos paroles avant de formuler un pronostic. Il importe toujours, même si notre diagnostic est rapidement fait et s'impose presque d'emblée à notre esprit, que nous ayons examiné avec le plus grand soin et complètement tous les grands appareils avant de donner notre opinion.

En présence d'une première attaque d'hystérie convulsive, il ne faut pas dire « Ce n'est rien », car il faut penser que probablement c'est la première manifestation d'un état qui se reproduira. Quand on assiste à une attaque d'épilepsie, il y a encore plus de réserves à faire, mais les ménagements sont surtout en vue de l'avenir.

Au malade lui-même il va de soi que le pronostic doit être le plus souvent

formulé comme rassurant, et d'autant plus qu'il paraît pusillanime ou inquiet ; il y a toutefois certains cas où il ne faut pas être trop rassurant, si on ne croit pas pouvoir obtenir de lui les mesures d'hygiène ou le traitement nécessaires. Une attaque d'ivresse, même accidentelle, ne doit pas être considérée comme négligeable.

Il faut, quand on a des réserves sérieuses à formuler vis-à-vis de l'entourage, avoir bien soin de s'assurer que le malade ne peut entendre, et même que les personnes qu'on est obligé d'alarmer ne vont pas immédiatement retourner auprès de lui avec une expression de découragement et de tristesse.

Le langage dans lequel on formule son pronostic doit être mûrement réfléchi, et cependant il est désirable *qu'on n'ait pas l'air de chercher ses mots,* bien qu'on les ait soigneusement pesés. Il faut surtout s'assurer que les personnes à qui l'on parle prennent bien les mots dont nous nous servons dans le même sens que nous. Il vaut mieux employer le mot « sérieux » que le mot « grave », quand on a en vue un état curable ; car dans beaucoup de familles « grave » est considéré comme synonyme de « désespéré ».

D'ailleurs, nous devons proportionner nos termes au caractère connu ou présumé des personnes : il y a des familles où, soit par légèreté naturelle, soit par une affection modérée pour le malade, on est porté à penser que nous exagérons toujours ; il y a au contraire des familles de pessimistes ou dont l'affection pour le patient exagère encore ce que nous avons dit : il est certain qu'en général une mère est plus à ménager qu'une belle-mère (réserves faites pour certains cas qui donnent tort à l'adage).

Le pronostic qu'on nous demande est le plus souvent celui qui sera vérifié à brève échéance dans les maladies aiguës ; il n'y a lieu d'insister sur sa gravité que si des conséquences thérapeutiques immédiates et capitales doivent en découler et si le malade ou son entourage se refusent à les appliquer : tels une transfusion du sang en cas d'excessive hémorragie, une saignée dans l'urémie ou l'éclampsie, un curettage dans la rétention placentaire, des bains froids dans certaines hyperthermies ; une injection de sérum antidiphtérique, antitétanique, etc., un abcès de fixation dans certaines septicémies ; une injection d'arsénobenzol pour faire disparaître rapidement les accidents syphilitiques contagieux ; l'immobilité, l'abstinence d'alimentation buccale dans un ulcus gastrique ou duodénal après une hématémèse ou un melœna récent, la diète absolue dans une péritonite aiguë, etc.

Quand il s'agit d'une affection qu'on prévoit mortelle, mais pour une échéance encore assez éloignée (méningite tuberculeuse), il serait inhumain de prononcer le mot incurable plusieurs semaines ou plusieurs jours

d'avance, car, à partir de ce moment, on aura paralysé tous les efforts de traitement et de dévouement en les déclarant d'avance inutiles. Enfin, comme il y a encore d'assez nombreux cas où une erreur de diagnostic et de pronostic peut être faite par les médecins les plus expérimentés, il faut différer, pour enlever tout espoir aux proches, jusqu'à l'échéance imminente.

Dans les affections chroniques il faut se garder de faire prévoir sans nécessité une catastrophe lointaine dans le seul but de faire vérifier plus tard notre perspicacité ou notre science. Ainsi, pour la syphilis, ira-t-on entretenir le malade ou son entourage de l'éventualité possible d'une paralysie générale, d'une aortite lointaine ? On ne serait excusable d'assombrir ainsi le pronostic que si on se trouvait en présence d'un refus ou de négligence de traitement.

Le *médecin consultant*, qui ne voit en général le malade qu'une ou deux fois et duquel on attend un véritable verdict, est tenu à poser le pronostic avec plus de sévérité immédiate que le médecin traitant, qui peut jour par jour modifier les termes de son appréciation. Cette rigueur du consultant, qui peut et doit toujours d'ailleurs être enveloppée dans des formes de sympathie et de bonté, est utile pour ne pas créer des embarras au confrère traitant.

Il y a des consultants qui sont systématiquement d'un optimisme qu'ils savent excessif, mais qui leur vaut d'être accompagnés par les remerciements et les sourires de la famille, même dans des cas où la mort est à la porte. Cet égoïsme professionnel est d'une mauvaise confraternité. Si le confrère avant leur venue avait déjà fait pressentir la terminaison fatale, sa situation vis-à-vis de l'entourage devient très difficile jusqu'à ce que son pronostic personnel soit vérifié ; encore est-il exposé, si un certain délai s'écoule, à ce que l'issue soit attribuée à une mauvaise exécution par lui des conseils du consultant.

CHAPITRE X

De la thérapeutique.

§ I. L'ART DE FORMULER. — APPRÉCIATION DES INDICATIONS. — POLYPHARMACIE. MÉDICAMENTS NOUVEAUX. — POSOLOGIE. — MANIEMENT DES TOXIQUES. — PRÉÉMINENCE DE L'HYGIÈNE, DE LA DIÉTÉTIQUE ET DE LA PHYSIOTHÉRAPIE.

Il ne saurait être question ici que de réflexions très générales sur les difficultés que les jeunes praticiens peuvent rencontrer.

Un trop grand nombre d'étudiants ont complètement négligé d'acquérir au cours de leurs études des notions de thérapeutique appliquée. La plupart ont écouté distraitement les prescriptions de leurs chefs de service, — d'ailleurs le formulaire des hôpitaux est fort restreint, trop de médecins d'hôpital négligent d'expliquer aux jeunes gens qui suivent leur visite que, dans leur clientèle future, ils auront à formuler autrement qu'ils voient faire. Pour l'examen de thérapeutique à la Faculté, l'étudiant se contente souvent d'apprendre un certain nombre de chapitres du traité le plus récent ou de celui qui se recommande du nom du professeur, ou même parfois d'avoir recueilli, en suivant des examens, un certain nombre de *colles* qui sont le plus souvent demandées par les principaux examinateurs. Il remet au jour de son installation la préoccupation de se créer un formulaire personnel, qui consistera en formules recueillies dans les livres et les journaux, à moins qu'il ne verse rapidement dans la prescription presque unique de spécialités connues ou nouvelles, s'en remettant à l'étiquette du flacon ou de la boîte pour l'indication du nombre de cuillerées ou de pilules à prendre suivant l'âge du malade.

Les médecins, faisait observer judicieusement un professeur américain, H.-B. Sheffield, traversent trois périodes dans leur disposition d'esprit vis-à-vis de la thérapeutique médicamenteuse. Dans la première ils ont une absolue confiance aux drogues qu'ils ont entendu prescrire à l'école ; ils

les prescrivent à tour de bras ou de souvenir. Au bout de quelque temps de cet optimisme excessif, déçus fréquemment dans leur attente, ils tombent dans un scepticisme excessif, qui pour quelques-uns reste définitif. Mais, comme les clients ne continuent pas d'ordinaire leur confiance à un médecin qui ne prescrit que des conseils d'hygiène, ils prescrivent presque au hasard les remèdes à la mode — ou même des remèdes secrets dont on leur a parlé. — Heureusement, pour la plupart, ils reviennent à une phase de confiance raisonnée en un nombre limité de médications et de médicaments dont ils ont vérifié personnellement les effets assez réguliers.

Une maladresse assez commune chez les débutants consiste à prescrire dès les premières visites toutes les médications qu'ils connaissent : cette débauche de potions, pilules et cachets à prendre — avant, pendant et après les repas — effraye et dégoûte bon nombre de clients ; en outre, si l'amélioration ou la guérison ne s'est pas produite à bref délai, ayant épuisé toutes leurs munitions, ils ne peuvent que cesser le feu et restent désarmés.

Les uns font cette faute parce que, leur expérience ne leur permettant pas d'avoir une confiance raisonnée dans telle ou telle médication, ils accumulent les moyens, se disant que, parmi tous leurs projectiles, il y en aura bien un qui arrivera au but, s'exposant, hélas ! souvent à compliquer le tableau symptomatique par l'apparition de quelques effets médicamenteux imprévus, tels que : intolérance gastrique ou intestinale, érythème, vertiges, etc.

D'autres, craignant surtout de paraître ignorer telle ou telle médication, veulent se couvrir d'avance contre cette imputation, si un confrère vient à être appelé en consultation ou après eux.

En réalité, la thérapeutique est une des clefs du succès ; mais elle ne consiste pas en un emploi de formules très nombreuses, quoiqu'il soit nécessaire de savoir les varier, soit pour donner satisfaction au désir de changement habituel à la plupart des malades dans une maladie assez longue, tout en continuant la médication fondamentale qu'on juge nécessaire, soit pour obvier à certaines difficultés d'administration.

C'est ainsi qu'il faut s'être exercé à pouvoir substituer sans embarras ni tâtonnement des pilules aux cachets, ou une potion à une solution ; introduction par voie rectale ou cutanée ou sous-cutanée, etc.

Mais les excipients ou correctifs variés, dont on peut être amené à se servir pour donner satisfaction au patient ou à son entourage, ne doivent pas faire illusion sur le nombre des médicaments vraiment indispensables et, s'il y a quelque exagération à réduire l'arsenal médicamenteux à vingt, comme l'ont proposé Huchard et Ch. Fiessinger, il est certain qu'il n'y en a pas un beaucoup plus grand nombre qui fassent le fond d'une thérapeutique rationnelle et d'une efficacité prouvée.

Il est presque toujours possible, par une certaine souplesse dans le maniement des formules, de donner satisfaction apparente aux caprices des malades, mais il ne faut pas pour le fond se laisser détourner de la ligne de conduite qu'on juge la meilleure. Les concessions sur les détails et la forme sont tout ce que nous devons faire, mais nous les pouvons et devons faire pour conserver la confiance sans nuire à la réussite de notre plan. Si, pour faire accepter une application de compresses imbibées d'eau froide, nous les additionnons d'un peu d'alcool, plus ou moins aromatisé, afin de rassurer une mère qui redoute le froid pour son enfant, nous ne compromettons pas le succès de notre traitement. Mais ce qui est la négation de toute thérapeutique, c'est de changer une médication fondamentale aussi souvent que nous en sommes requis par le malade ou ses proches, sous prétexte que le résultat n'en est pas encore apparent. C'est laisser croire que nous n'avons aucune confiance dans ce que nous avions prescrit, et les médecins assez faibles pour se laisser ainsi suggérer ou imposer des changements fréquents perdent toute autorité ; les malades sont les premiers à dire : « Le médecin ne paraît pas bien sûr de ce qu'il ordonne, puisqu'il change son traitement chaque fois qu'on lui propose de le faire. »

Pour aborder la thérapeutique avec succès il faut avoir une connaissance précise des propriétés physiologiques des médicaments fondamentaux, connaissance que l'étudiant aura dû acquérir au cours de ses études, s'il a suivi les conseils que j'ai donnés dans la première partie.

Il est imprudent de prescrire un *médicament nouveau* sur les seuls renseignements qu'on a pu trouver dans un journal sous la signature d'un inconnu.

Ne pas oublier les causes d'erreur si fréquentes que sont les fautes d'impression dans les chiffres des doses, et les traductions infidèles, et les analyses bibliographiques bâclées. Honnêtement on devrait toujours s'être renseigné par la lecture du travail original ou tout au moins n'accorder quelque confiance qu'à des médications prônées par un maître incontesté, réputé pour sa loyauté scientifique et pour son esprit pondéré, ou quand plusieurs témoignages concordants et honorables permettent d'éviter le bluff et l'emballement.

Quand on formule une prescription, il ne faut pas oublier qu'elle doit toujours être *écrite, lisible* et que la loi nous oblige à indiquer *en lettres* et non en chiffres les doses des substances toxiques. (Décret du 14 septembre 1916.)

Il est préférable d'écrire à l'encre, même quand on est dans certains cas de presse (quel praticien n'a pas son stylo en poche ?). Il est prudent, dans la pratique des milieux ouvriers et paysans, d'avoir toujour un bloc-notes sur soi, avec l'indication de son nom et de son adressse sur chaque feuillet,

pour le cas où, comme cela arrive à trop de confrères, la signature est illisible.

Depuis la diffusion de la dactylographie, un certain nombre de médecins ont pris l'habitude de se servir eux-mêmes, dans leur cabinet, d'une machine à écrire ou de confier le brouillon à un secrétaire dactylographe. Qu'ils n'oublient pas que leur *signature* doit être *autographiée* pour être authentique et acceptée par le pharmacien. Même dans les consultations hospitalières les ordonnances doivent être manuscrites, entièrement libellées et signées lisiblement par le médecin (1).

Quand on rédige son ordonnance, il faut exiger le silence des personnes qui vous entourent, et ce n'est pas toujours facile. Les questions ne cessent de pleuvoir et, si on entreprend d'y répondre, on risque de perdre le fil de ce qu'on écrit. Il faut donc attendre pour formuler que le malade et l'entourage aient cessé d'avoir à vous parler.

Il est utile souvent de prévenir, avant d'écrire, qu'on va prescrire des pilules ou cachets ou suppositoires ; car il arrive qu'après qu'on a écrit, le malade proteste qu'il n'a jamais pu avaler des pilules ou des cachets et, si vous voulez tenir compte de l'objection, l'ordonnance est à refaire, ou si vous persistez, vous passez pour n'avoir aucune complaisance. Quand on a terminé, il **faut** *se relire ;* sinon, on est exposé aux plus graves lapsus ou omissions.

Dans toute ordonnance il y a place pour des *indications d'alimentation et d'hygiène* générale ; *lorsqu'elles ont à vos yeux l'importance primordiale*, il est prudent de *les inscrire en première ligne et avec les détails nécessaires* pour que vous fassiez comprendre cette importance. Vous n'inscrivez qu'ensuite les formules médicamenteuses.

Dans certains cas vous vous trouverez bien d'inscrire les formules médicamenteuses sur une feuille séparée, destinée à être portée au pharmacien qui, d'ailleurs, *doit* toujours la restituer (elle est la propriété du client) ou en rendre une copie, tandis que les indications relatives à l'hygiène et à la diététique resteront dans la chambre du malade et au besoin épinglées contre le mur, à côté de la courbe thermique, dans les maladies aiguës nécessitant des soins fréquents, pour guider constamment la garde-malade. Dans ces cas, insister sur les détails, les heures exactes d'administration des remèdes, etc.

Pour établir sa thérapeutique il faut naturellement s'appuyer non seulement sur le diagnostic, mais sur les particularités du cas. Il faut *dégager les indications et les contre-indications*, et parmi les indications hiérar-

(1) Rappel récent du Préfet de police au Directeur de l'A. P. (*Presse méd.*, 25 sept. 1919.)

chiser les principales et les accessoires. *Ars tota in indicationibus* est une des vérités qui ont survécu à toutes les révolutions doctrinales.

Les indications se tirent de l'analyse critique de l'état des divers appareils et des réactions qu'on désire provoquer et qu'on peut espérer en obtenir. Doivent entrer très souvent en ligne certains commémoratifs, tels que les effets observés chez le malade dans quelque maladie antérieure, certaines intolérances médicamenteuses connues de lui ou de son entourage.

On se trouve souvent en présence d'*indications contradictoires ;* il faut, après mûre réflexion, se décider pour celle qui paraît la plus urgente ; on ne peut pas frapper dans toutes les directions à la fois et c'est une illusion trop répandue qu'il suffit d'avoir prescrit tel remède dans telle intention pour que le but soit atteint.

On a beaucoup écrit pour et contre la *polypharmacie ;* ce sont souvent querelles de mots. Il y a de grands peintres qui ont obtenu des effets merveilleux avec un très petit nombre de couleurs, et même rien qu'avec du noir et du blanc ; il y a eu de grands artistes dont la palette a été très variée ; la polychromie n'est pas la couleur, mais elle ne l'exclut pas, si elle est maniée avec science et sagacité. Ce qui est inadmissible, c'est l'emploi simultané de couleurs qui s'éteignent réciproquement pour ne laisser par leur mélange qu'une teinte neutre.

Sans doute il est possible et légitime de corriger quelquefois tel inconvénient d'un médicament par addition d'un antagoniste à dose convenable ; mais cette utilisation des actions contraires demande une grande prudence : si certains professeurs, très maîtres de leur instrument thérapeutique, obtiennent des succès avec certaines *formules complexes*, c'est une grande erreur de la part des jeunes praticiens d'apprendre par cœur, avec beaucoup de peine, certaines de ces formules, pour les appliquer telles quelles à leurs clients. Je n'ai pu admettre que ce soit une besogne utile d'associer de nombreux médicaments à actions antagonistes ou très diverses dans l'espérance que chacun d'eux atteindra son but sans entraver celle de ses coassociés.

La *détermination des doses* des substances actives doit être l'objet de réflexions attentives ; on a pour se baser, outre les barèmes des traités classiques suivant *les âges*, la notion du *poids* des sujets, si différents parfois aux mêmes âges, des effets déjà connus par suite de traitements antérieurs, c'est-à-dire de l'intolérance individuelle, dont il est toujours prudent de s'assurer par l'interrogatoire des parents et qui rend la pratique d'autant plus facile qu'on opère sur une clientèle déjà connue ; pour les débutants, dans le doute, il vaut toujours mieux s'en tenir aux doses moyennes. Cette timidité ne doit cependant pas pourtant aller jusqu'à reculer dans certains cas devant de hautes doses, quand il y a urgence à

atteindre un effet thérapeutique, ainsi pour le mercure, l'arsénobenzol, la quinine dans des accidents syphilitiques ou paludéens.

Il ne faut jamais oublier d'analyser les urines avant d'administrer des médicaments actifs, dont l'élimination se fait par le rein ou qui peuvent restreindre son fonctionnement.

On ne saurait trop recommander la prudence dans l'administration de l'opium et, surtout, de la morphine, de l'héroïne et plus encore de la cocaïne aux névropathes hyperesthésiés, qui ont une prédisposition particulière au morphinisme et à toute *toxicomanie ;* il faut autant que possible n'y recourir, sauf pour les douleurs intolérables, qu'après échec des agents physiques et des autres analgésiques ; quand ils ont été soulagés par ces toxiques, les prédisposés n'éprouvent de soulagement par aucun succédané, ils ont besoin de doses de plus en plus fortes, car l'accoutumance est rapide ; dès qu'ils ne sont plus sous l'influence analgésiante du toxique, une foule de malaises douloureux les envahissent et on ne peut que difficilement leur faire admettre que ces douleurs sont entretenues par le médicament qui les avait soulagés au début. C'est surtout par injection hypodermique que la morphine et, à un moindre degré, l'héroïne, l'extrait d'opium amènent l'accoutumance et le morphinisme ; c'est par introduction intranasale que la cocaïne est rapidement nuisible et tyrannique.

Malheureusement les médecins, les étudiants et les sages-femmes payent un lourd tribut à la toxicomanie, pouvant plus facilement se procurer les toxiques et ayant beaucoup de peine à se sevrer d'un poison, devenu un stimulant indispensable à la continuation de leurs devoirs professionnels ou de leurs obligations, qu'ils ne se résignent pas à interrompre pendant le temps nécessaire au sevrage. Il faut parfois une circonstance indépendante de leur volonté pour les y forcer. J'ai connu un confrère morphiniste qui, se piquant avec une aiguille malpropre, comme cela est si fréquent, s'est inoculé le tétanos ; c'est en faisant le diagnostic de cette complication qu'on a été amené à déceler son morphinisme, à l'isoler et à le guérir de l'intoxication en même temps que de l'infection. J'en sais un autre chez qui l'invasion d'une scarlatine a été l'occasion qui a permis le sevrage de la cocaïne. D'autres fois, c'est un phlegmon.

Des deux procédés de *désintoxication,* la méthode lente par diminution graduelle n'est généralement possible que dans les cas d'intoxication à doses encore modérées et chez des malades moyennement névropathes. La plupart du temps, la méthode rapide est nécessaire avec une période d'isolement dans une maison de santé, sous la surveillance d'un personnel expérimenté.

L'*isolement* est d'ailleurs un puissant agent thérapeutique, dans certains cas indispensable, et qu'il faut savoir imposer aux malades et à leur

famille, plus difficile parfois à persuader : l'anorexie mentale, si fréquente, certains vomissements de cause psychique, et d'autres états névropathiques entretenus par la faiblesse ou la maladresse de l'entourage, l'alcoolisme invétéré exigent impérieusement l'isolement. Pour l'obtenir, nous devons parler haut et ferme.

La thérapeutique médicamenteuse ne doit jamais primer l'hygiène thérapeutique et la *diététique ;* celle-ci doit être toujours la préoccupation fondamentale. On a pu dire que le repos, la diète et l'eau étaient les trois plus grands agents thérapeutiques ; dans les maladies aiguës, la diète hydrique franche, ou dissimulée sous forme de tisanes, est une ressource fondamentale, d'où il faut sortir peu à peu par les décoctions de légumes, de céréales, le lait.

Les remarquables effets d'une diète hydrique absolue pendant quelque temps, méconnue dans certaines périodes de l'histoire médicale, reparaissent périodiquement avec le même succès. Toutes les fois que l'organisme est en proie à cette auto-intoxication, que Ch. Bouchard a eu la gloire de démontrer, soit dans les toxi-infections, soit dans les intoxications par déchets ou autolyse des tissus, même dans les maladies chroniques, des succès attendent le praticien qui n'hésite pas à l'imposer. La méthode de Guelpa, dite de désintoxication dans le diabète, la goutte, etc., en est un exemple. Il y associe les évacuants (purgatifs). Dans les surcharges toxiques du sang, comme l'urémie, la saignée conserve toute sa valeur.

Puis les aliments devront être administrés sous les formes les plus digestibles, tout en tenant compte de la nécessité de réveiller l'appétit en plaisant au goût. La diététique doit alors faire appel aux artifices culinaires, et le médecin doit entrer souvent dans les plus minutieux *détails de cuisine*, s'il veut être à la hauteur de sa tâche. Tel praticien célèbre dans ma jeunesse, le docteur Gruby, devait beaucoup de ses succès à la confection d'habiles menus, sans parler de son adresse à imposer confiance à certains esprits par l'étrangeté voulue de ses prescriptions, visant au fond un acte thérapeutique rationnel.

On ne négligera pas la *psychothérapie,* si puissante sur certains nerveux, ni la *suggestion à support médicamenteux :* pilules de Taraxacum (extrait de pissenlit) ou même de fulminate de la même base, injections d'eau salée, phosphate de soude, en affirmant qu'il fera dormir (A. Mathieu).

L'orientation contemporaine a montré de plus en plus le parti qu'on peut tirer de la *physiothérapie*, c'est-à-dire des agents physiques sous toutes les formes : le froid, la chaleur, le mouvement (massage manuel et vibratoire, gymnastique, mécanothérapie), l'électricité, les rayons de Rœntgen. Les praticiens doivent de plus en plus s'initier à leur utilisation.

J'ai attiré, je crois, le premier l'attention sur l'utilisation (avantages et inconvénients) de l'automobilisme en hygiène et en thérapeutique (1).

Sous leurs formes les plus simples, les agents physiques peuvent être maniés par tous les praticiens ; il est désirable que les spécialistes, qui peuvent seuls les utiliser sous les formes compliquées, nécessitant un outillage ou un appareillage, se répandent de plus en plus nombreux non seulement dans les grands centres, mais dans des villes de moindre importance, de façon à pouvoir les mettre à la portée de tous les malades.

C'est surtout dans la *thérapeutique des enfants* qu'il faut donner le moins de médicaments qu'on peut et qu'il est nécessaire de savoir varier les formules pour les rendre appétissants ou au moins supportables ; qui l'a mieux dit que Lucrèce ?

Pueris absinthia tetra medentes
Cum dare conantur, prius oras pocula circum
Contingunt mellis dulci flavoque liquore,
Ut pueorum ætas improvida ludificatur
Labrorum tenus, interea perpotet amarum
Absinthi laticem, deceptaque non capiatur,
Sed potius tali tactu recreata valescat.

Mieux vaudrait ne pas administrer un médicament par la bouche que d'amener une de ces luttes dans lesquelles la mère ou le médecin ne triomphent qu'en infligeant au petit patient rebelle des écorchures des lèvres, des gencives et même quelque brisure de dent.

§ 2. REMÈDES SECRETS. — SPÉCIALITÉS. — RESPONSABILITÉS LÉGALE ET MORALE. — OBLIGATION, INTERDICTION ET LIBERTÉ DE PRESCRIRE. — COMPÉRAGE MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE : DÉFINITION ET DISTINCTIONS.

Peut-on prescrire des *remèdes secrets ?* — Je n'hésite pas à répondre formellement non ; si un client nous en réclame l'emploi, nous devons lui laisser toute la responsabilité d'en user à ses risques et périls, mais non pas endosser les conséquences possibles. La plupart des remèdes secrets sont d'ailleurs des substances d'une médiocre activité ou bien contiennent des médicaments actifs très connus, mais non avoués par le fabricant, tel le colchique pour les goutteux, ou, s'il est avoué, le dosage n'en est pas indiqué. Tel élixir réputé « antiglaireux » contient des drastiques qui obligent l'intestin à hypersécréter du mucus ; plus le client voit apparaître de glaires dans ses selles, plus il est satisfait, pensant qu'il avait grand

(1) Société de thérapeutique, 1900.

besoin de les rendre. On voit des tuberculeux faire usage de pilules toniques contenant du fer qui expose à des hémoptysies ; on vend pour les obèses des remèdes contenant de la thyroïdine, sous une étiquette qui n'en fait pas mention, et pouvant leur être fort nuisibles, s'ils sont cardiopathes. Notre devoir est donc non seulement de ne pas autoriser l'emploi des remèdes secrets, mais de dissuader les malades d'en faire usage.

Dans quelle mesure peut-on prescrire des *spécialités* ? — On peut prescrire une spécialité si la nature et les doses des principes actifs sont indiqués sur le flacon ou la boîte, le fabricant n'ayant tenu secrets que certains détails de la préparation, le choix de l'excipient ou des correctifs inoffensifs.

On peut prescrire un de ces composés de la chimie synthétique contemporaine, dont les noms sont si longs et si difficiles à retenir, sous le nom de convention que lui a assigné le fabricant, à la condition que le nom scientifique correspondant soit indiqué, afin que la composition chimique exacte, qui en explique les propriétés physiologiques et en légitime l'application, soit connue.

Mais la prescription des spécialités devrait être évitée toutes les fois qu'elle n'est pas légitimée soit par l'impossibilité de trouver le principe actif autrement que spécialisé, soit parce qu'on craint de ne pouvoir l'obtenir de parfaite qualité dans une officine quelconque.

C'est au moment où l'usage des alcaloïdes puissants s'est répandu que certaines spécialités ont été accueillies favorablement par les praticiens, qui se rendaient compte de l'importance de pouvoir utiliser ces produits énergiques dosés très exactement et en même temps d'être assurés que leur activité est bien réelle. Les médecins ont pensé éviter ainsi le double écueil de produits inactifs, parce que telle officine peut en avoir acheté de falsifiés ou les avoir conservés assez longtemps pour qu'ils soient altérés, ou de produits pesés avec trop peu d'attention, ainsi la digitaline, la quinine, la strychnine, l'aconitine, etc. Toutefois il ne faut pas oublier que *notre responsabilité est engagée par le fait que nous ne formulons pas nous-mêmes, par écrit, la dose du principe actif, que nous prescrivons* sous la forme d'une cuillerée du sirop Z ou d'une pilule de la fabrique X, tandis que nous sommes couverts contre toute poursuite ou revendication judiciaire, si nous avons formulé une substance inscrite au Codex et que toute pharmacie est censée conserver toujours en parfait état sous la surveillance des inspecteurs des pharmacies.

Mais être en règle avec la loi écrite ne nous enlève pas toute responsabilité morale, et il est évident que si, prescrivant un médicament sur l'activité duquel nous comptons dans un cas grave (quinine, digitaline, strychnine), nous conservons des doutes sur les conditions dans lesquelles

telle officine inconnue ou peu achalandée le délivrera, nous n'avons pas la conscience d'avoir assuré à notre malade le maximum de chances de guérison, alors que nous croyons pouvoir escompter la valeur vraisemblablement constante d'une marque connue.

Il y a aussi quelques médicaments de découverte récente (et chaque année presque en voit naître de nouveaux par suite des conquêtes de la chimie et de la pharmacologie), qui sont dès leur apparition spécialisés par les inventeurs. Si nous voulons les utiliser, force nous est de les prendre sous la seule forme où ils existent.

Ou bien il s'agit de produits dont la préparation très compliquée nécessite un outillage tel que seuls des industriels spéciaux peuvent les fabriquer dans des conditions d'activité rassurantes (ainsi beaucoup de produits opothérapiques). Dans ce cas on ne peut plus guère utiliser ces médications sans passer sous les fourches caudines de la spécialité.

Hors ces diverses circonstances, il y a de sérieux inconvénients à baser sa thérapeutique sur la prescription habituelle de marques spécialisées.

D'abord c'est se priver de la ressource précieuse de varier ses formules pour les adapter avec plus de précision à chaque cas et avec des associations médicamenteuses.

En outre, le praticien perd rapidement toute aptitude à formuler, s'il en avait pris quelques notions pendant ses études.

Enfin, c'est prêter le flanc à la suspicion, si vite éveillée dans l'esprit des malades, d'avoir un intérêt pécuniaire direct ou indirect à faire acheter telle spécialité plutôt que telle autre; question délicate et sur laquelle je reviendrai à propos des bénéfices illicites (chapitre Honoraires).

Nous devons dans beaucoup de cas nous préoccuper *des frais* auxquels entraîne notre thérapeutique. Dans les milieux pauvres, c'est un devoir; dans certains milieux où l'aisance n'est qu'apparente on nous sait gré de ne pas « pousser aux frais de pharmacie », comme de ne pas « pousser à la visite », suivant une expression répandue. Ainsi des poudres prises en paquets coûtent moins que des cachets; une solution aqueuse pour un certain nombre de jours coûte moins qu'une série de potions. L'inconvénient des spécialités, si on doit changer souvent la médication, est que chaque flacon ou boîte n'est utilisée qu'en partie, parfois abandonnée peu après avoir été entamée. J'ai plus d'une fois recueilli au sujet de certains confrères inattentifs à ce point de vue des récriminations, quelque peu fondées.

Le médecin peut-il accepter *l'obligation* ou *l'interdiction de prescrire* telle ou telle médication? — Double aspect d'une question sur laquelle des controverses se sont élevées.

Nous n'avons guère à envisager une obligation édictée par l'État que dans des circonstances exceptionnelles qui intéressent l'Hygiène publique. Ainsi

le jour où a été votée la vaccination antivariolique obligatoire, ce n'est pas aux médecins qu'elle a été imposée, mais aux citoyens pour eux-mêmes ou leurs enfants, et le temps n'est plus où des protestations médicales ont pu être formulées contre la vaccine. Pendant la guerre dont nous sortons, en présence des ravages causés par la fièvre typhoïde, l'immunisation par les injections de sérum antityphoïdique a été imposée par le service de santé militaire à tous les Français mobilisés et les statistiques de mortalité et de morbidité des deux dernières années, comparées aux deux premières, ne laissent guère de doute sur l'opportunité de cette mesure ; aussi nous sentons-nous moralement engagés à répandre le plus possible cette pratique de prophylaxie, sinon de thérapeutique, dans les familles, toutes les fois que les conditions génératrices de fièvre typhoïde ou l'existence d'une épidémie nous paraissent la rendre utile.

Quant à l'usage des sérums antidiphtérique, antitétanique, antiméningococcique, antidysentérique, leur efficacité est si universellement démontrée que leur prescription s'impose à notre conscience au même titre que l'emploi du mercure dans la syphilis. Mais il s'agit là d'obligation morale et non légale.

La guerre a également soulevé la question de certaines opérations ou traitements que, comme médecins militaires ou militarisés, nous avons eu mission d'appliquer : cure radicale des hernies, réduction ou redressement d'adhérences, de cals vicieux après anesthésie. Mais ce n'est pas aux médecins que les dirigeants du service de santé ont imposé ces interventions : c'est aux soldats, toutes les fois qu'il y avait un intérêt scientifiquement évident pour eux ou pour la collectivité ; le médecin, qui aurait jugé dans sa conscience que l'intervention n'était pas indiquée, ne l'aurait pas proposée au soldat ou aurait pu refuser de l'exécuter si son supérieur hiérarchique la lui avait ordonnée.

Au cours de la guerre, quelques rares médecins militaires, porteurs de nombreux galons ou de feuilles de chêne, ont prétendu imposer à tous les confrères qui étaient sous leurs ordres ou qu'ils étaient chargés d'inspecter telle ou telle thérapeutique dont ils étaient partisans et qui n'avait pas les caractères d'une découverte incontestée. S'ils s'étaient contentés de les suggérer ou de les conseiller, ils fussent restés dans leur rôle. Mais on les a vus parfois faire de ces thérapeutiques personnelles des dogmes et prétendre qu'elles fussent exécutées comme articles du règlement du S. S. et en reprocher avec véhémence (en présence des malades ou blessés) la non-exécution : il y avait là manifeste abus de pouvoir aussi bien qu'incorrection professionnelle. De tels reproches, s'ils avaient stigmatisé la dérogation à des règles classiques, eussent été déjà déplacés dans les salles.

Donc en réalité le médecin n'est jamais obligé légalement à appliquer

aucun traitement; mais, suivant l'état de la science et après conviction acquise d'après le nombre et la valeur des statistiques, l'unanimité ou la quasi-unanimité des maîtres, nous sommes moralement tenus d'appliquer certains traitements ou certaines mesures prophylactiques, sous peine de ne pas donner au public toutes les garanties auxquelles il a droit. Coupable sans nul doute serait celui qui négligerait la sérothérapie antidiphtérique, par exemple, ou la kélotomie dans l'étranglement herniaire aigu, etc.

La *liberté de prescrire* que confère à chacun de nous son diplôme de docteur en médecine ne peut être limitée par la décision d'aucun groupement professionnel; on ne pourrait concevoir un syndicat médical s'arrogeant à la majorité de ses adhérents le droit d'interdire ou de rendre obligatoires pour tous les autres certains traitements ou certains médicaments.

Peut-on toutefois admettre qu'en certains cas une association médicale, désireuse de réprimer quelque abus manifeste qui peut porter atteinte à l'honorabilité professionnelle ou à la santé des malades, prenne à la majorité la décision d'engager ses membres à éviter telle ou telle manière de prescrire? — Oui, si cette association ne s'est pas par ses statuts interdit de traiter les questions de ce genre. D'ailleurs les membres d'une association professionnelle sont toujours libres de la quitter, s'ils sont en désaccord avec la majorité de leurs collègues.

La question se posait autrement quand le Conseil de l'Union des Syndicats médicaux, en 1908, fut saisi de propositions diverses au sujet d'une lettre-circulaire comminatoire du Conseil de l'Association des Pharmaciens, qui signalait des cas de *compérage* entres certains médecins et pharmaciens et se plaignait de l'existence de sociétés médicales de prévoyance et de bienfaisance basées sur l'exploitation d'eaux minérales et de divers autres produits. Le Conseil de l'Union des Syndicats, « considérant que le médecin doit conserver sa liberté absolue de prescription près du malade et ne relève à cet égard que de sa conscience », vota un ordre du jour déniant à tout groupement professionnel médical ou autre le droit de lui dicter sa conduite à ce sujet.

Le Dr Noir, commentant ce vote, écrivait (*Gazette Médicale* de Paris, avril 1909) :

« Nul plus que nous ne condamne le compérage entre médecin et pharmacien, mais c'est encore là un terme difficile à définir et une opération dont nous serions heureux de connaître les limites précises :

M. X..., dont je prescris les produits que je juge excellents, quand j'en trouve l'indication, me fournit (comme à tous les membres du corps médical parisien) des blocs d'ordonnances. Je les accepte. Est-ce du compérage ?

Le fabricant de vin Y... obtient de tous nos maîtres des attestations qu'il publie avec leurs portraits, très artistiquement reproduits, du reste. Il leur envoie géné-

reusement de son vin, jugé délicieux. Le cadeau est accepté. Est-ce du compérage ?

Le docteur X... a hérité de 60 actions de la Compagnie des Eaux de N... Il les prescrit aux malades qui en ont besoin et conseille à certains une cure dans cette station. Il touche des dividentes. Est-il compère ?

Le professeur Z... est commanditaire d'une maison de santé bien tenue, il y opère des malades. Y a-t-il encore compérage ?

Il est évident qu'il faut faire des distinctions entre ces diverses éventualités. X..., qui a reçu par la poste un bloc d'ordonnances (il en a reçu d'ailleurs de plusieurs pharmaciens et se sert indifféremment des uns ou des autres), ne s'engage pas à prescrire les spécialités qui y sont imprimées. — Pas de compérage.

Le maître, qui a donné son portrait et son approbation au vin Y..., n'en prescrit probablement jamais, se contentant de le faire boire à ses malades d'hôpital ou d'y goûter lui-même. Il eût d'ailleurs mieux fait de garder son portrait et sa signature : j'en connais qui les ont refusés. — Pas de compérage, mais mauvais exemple.

X... envoie aux eaux de N... certains clients ; quand ils ne le savent pas actionnaire, ils ne se plaignent pas. S'ils ne se sont pas loués de leur saison et qu'ils apprennent que X... a un intérêt, même médiocre, au développement de N..., ils disent pis que pendre de lui. Mais on ne peut raisonnablement prononcer le mot de compérage que si N... est une station inconnue, non classée, dont X... s'est engagé à lancer le nom.

Quant à Z..., les clients qu'il opère dans une maison de santé commanditée par lui, s'ils sont bien opérés, bien soignés, et n'ont pas payé plus cher que dans toute autre maison de santé moins bien tenue, ils seront enchantés de savoir que Z... commandite la maison où il opère, parce qu'ils y voient une garantie de plus pour eux. — Ici pas de compérage.

Pour revenir à l'incident de 1908, comme c'étaient des pharmaciens qui avaient pris l'initiative de cette leçon de moralité infligée à des groupes médico-pharmaceutiques, notre confrère rappelait d'autres pratiques blâmables de certains pharmaciens :

« 1° Exercice illégal de la médecine par le pharmacien : Délivrance de médicaments toxiques sans ordonnances, conseils sur les maladies les plus diverses, depuis les affections bénignes jusqu'à la gynécologie et les maladies vénériennes par le pharmacien et souvent par son élève ou son garçon de laboratoire ;

2° Exercice illégal de la chirurgie par le pharmacien : Bons de pansements délivrés par certaines Compagnies d'assurances et même par certaines administrations dans les cas d'accidents, pour faire panser régulièrement les malades dans une officine ;

3° Le titre d'Université de docteur en pharmacie doit-il être entièrement spécifié ? Est-il correct de s'en servir, comme le font certains, de façon à créer une confusion avec le titre de docteur en médecine ?

4° Enquête sur l'exécution stricte des ordonnances. Substitution d'un produit à un autre au cours de ces exécutions sans que le médecin en soit prévenu. Substitution d'une spécialité prescrite par une contrefaçon similaire, etc., etc.

La riposte était amère et juste, si on vise les exceptions coupables ; mais la poutre dans l'œil de l'un n'empêcherait pas la paille de taquiner l'œil de l'autre et le vote de l'Union des Syndicats n'a tranché la question qu'en apparence.

Il serait en effet ridicule et odieux qu'un Syndicat s'érigeât en Concile thérapeutique et frappât d'excommuniation tel médicament, telle opération. Mais il pourrait, sans manquer à sa mission de protéger les intérêts matériels et moraux de ses membres, leur faire comprendre que certaines pratiques tendent à déconsidérer la profession, dont le lustre moral est le patrimoine de tous.

Si chacun d'eux est libre de prescrire un suc de viande ou une eau minérale, en prescrivant toujours le suc de la même marque et l'eau de la même source à presque tous ses clients, quelle que soit leur maladie, il s'exposera nécessairement à faire supposer à ceux-ci qu'il y a un intérêt personnel, direct ou indirect, ne fût-ce qu'une contribution lointaine à une caisse de retraites ; il aura beau ne pas s'en cacher et affirmer au client que ce suc et cette source sont égaux en efficacité et même supérieurs aux produits similaires, le client ne manquera pas de penser que ces prescriptions ne lui étaient pas si impérieusement et si souvent nécessaires ; il se jugera quelque peu exploité. Aura-t-il toujours tort ?

L'adage est toujours vrai au sujet de la femme de César

CHAPITRE XI

Le Médecin confident.

§ I. DU SECRET MÉDICAL. — DÉFINITIONS. — DÉROGATIONS ET DISTINCTIONS. — ÉTAT CIVIL. — ÉPIDÉMIES. — ATTENTATS. — INTENTION. — PUBLICITÉ. — SANCTIONS PÉNALES ET CIVILES. — HONORAIRES. — TÉMOIGNAGE. — MINEURS. — DOMESTIQUES.

De tout temps le secret dû aux malades qui se sont confiés à nos soins a été considéré comme le plus important de nos devoirs sociaux.

Il est ainsi défini dans le serment d'Hippocrate : « Ce que, dans l'exercice ou en dehors de l'exercice et dans le commerce de la vie, j'aurai vu ou entendu qu'il ne faille pas répandre, je le tiendrai en tout pour un secret. »

Dans les statuts de la Faculté, en 1602, on lit :

Ægrorum arcana visa, audita, intellecta eliminet nemo.

Et l'article 378 du Code pénal établit la sanction :

« Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les sages-femmes et toutes autres personnes, dépositaires par état ou profession des secrets qu'on leur a confiés, c'est-à-dire les élèves ou auxiliaires employés par les personnes désignées, qui, *hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs*, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 francs à 500 francs. »

Le secret médical est du plus haut intérêt social ; il était donc naturel que la loi assurât son observation par une pénalité.

En droit strict, en se tenant à la lettre de l'article 378, la jurisprudence a souvent limité l'obligation du silence au secret *confié*, aux confidences faites sous le sceau du secret.

Mais l'interprétation juridique à l'époque contemporaine tend de plus en plus à élargir le domaine du secret : plus étendu encore que ne le conce-

vait Hippocrate et tel que le formulait l'ancienne Faculté, il comprend *tout ce que nous avons vu, entendu ou compris à l'occasion de nos fonctions.*

Dans la pratique, l'intérêt social supérieur qui s'attache au secret médical peut être et est malheureusement en contradiction avec des intérêts particuliers, ceux du médecin, ou ceux du malade, ou ceux de certains tiers.

De là des difficultés très délicates d'interprétation qu'il serait malaisé de résoudre si nous n'étions avertis des solutions qui nous sont offertes par la jurisprudence, par l'autorité de nos anciens et par la voix de notre conscience dûment éclairée.

DÉROGATIONS AU SECRET

La restriction « hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs » ne visait dans l'esprit des rédacteurs du Code pénal promulgué en 1810 que la dénonciation des complots ou crimes projetés contre la sûreté intérieure ou extérieure de l'État. Or une loi de 1832 a abrogé les articles 103 et suivants du Code qui exigeaient cette dénonciation.

D'autre part, l'article 30 du Code d'instruction criminelle, qui oblige toute personne qui aura été témoin d'un attentat contre la sûreté publique ou contre la vie ou la propriété d'un individu, à en donner avis au Procureur de la République, ne vise pas les crimes ou délits « connus ou surpris dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leur profession » par les personnes énuméréee dans l'article 378.

La loi n'oblige donc actuellement à déroger au secret que dans un petit nombre de cas où se trouvent en jeu certains intérêts primordiaux de la société : la déclaration des naissances et celle des épidémies.

Encore a-t-on prévenu les inconvénients inhérents à cette dérogation par certains artifices de procédure.

Ainsi, pour la *déclaration des naissances*, nous pouvons la faire sans compromettre le secret dont la mère nous a rendu dépositaire. Car, si l'article 56 du Code civil oblige le médecin et la sage-femme ou toute personne ayant assisté à un accouchement à déclarer, à défaut du père, la naissance d'un enfant à l'officier de l'état civil du lieu dans les trois jours de l'accouchement, le médecin peut, d'après la jurisprudence actuelle, taire le nom de la mère et ne pas donner l'indication de son domicile. Il peut et doit se contenter, si la mère a réclamé le secret, de déclarer à l'officier de l'état civil de la commune ou de l'arrondissement où l'enfant est né : « Tel jour, à telle heure, est né un enfant de tel sexe, auquel on a donné tels noms. » A Paris, lors d'un accouchement que la femme veut tenir *clandestin*, il est d'usage d'indiquer à la mairie l'adresse à laquelle est accouchée cette femme ainsi

que son nom d'emprunt. Le médecin de l'état civil se rend à cette adresse, fait les constatations nécessaires; puis l'enfant est inscrit comme né de « père et mère non dénommés ».

Pour la *déclaration des épidémies*, où l'intérêt général est assurément en cause, des précautions ont également été prises pour que les intérêts privés soient relativement peu lésés. Encore est-il que cette déclaration, rendue obligatoire pour un certain nombre de maladies désignées par l'Académie de médecine, n'a pas été sans faire naître de la part du corps médical des protestations, qui viennent de se renouveler à l'occasion de la déclaration de la tuberculose.

La déclaration des maladies épidémiques n'est encore actuellement imposée au médecin que pour les suivantes, après lesquelles la désinfection est obligatoire : fièvre typhoïde, typhus exanthématique, variole, varioloïde, scarlatine, rougeole, diphtérie, suette miliaire, choléra et maladies cholériformes, peste, fièvre jaune, dysenterie, infection puerpérale et ophtalmie des nouveau-nés (lorsque le secret de l'accouchement n'a pas été réclamé), méningite cérébro-spinale épidémique. L'établissement du *carnet à souche,* où ces maladies sont désignées par des *numéros,* a paru suffisant au législateur pour pallier aux yeux du public cette dérogation au secret.

Mais, si la loi nous oblige à déclarer les maladies épidémiques, il ne s'ensuit pas qu'elle nous décharge du secret professionnel à l'occasion de ces maladies. De sorte que le fait d'avoir déclaré aux pouvoirs publics que telle personne a une fièvre typhoïde, par exemple, n'autorise nullement le médecin à révéler à quiconque la nature de cette maladie. En pareil cas, il pourrait être poursuivi en violation du secret professionnel.

DÉNONCIATION DES ATTENTATS

En vertu de l'article 30 du Code d'instruction criminelle cité plus haut, toute personne ayant connaissance d'un attentat contre la vie d'un individu sera tenue d'en informer le procureur de la République.

Il se peut, par exemple, qu'on ait à traiter un malade présentant certains symptômes de nature à faire croire qu'il est l'objet de tentatives d'empoisonnement. Le médecin doit-il dénoncer l'auteur présumé de l'attentat? — Cette question a été très discutée. La dénonciation, en pareil cas, a-t-on dit, constitue une dérogation au secret professionnel. P. Brouardel, au contraire, a jugé que cette déclaration était obligatoire, parce que les empoisonneurs ne font pas en général une seule victime et que l'impunité les encourage.

On peut, dans certains cas, adopter un moyen terme. L'important tout d'abord est de mettre le malade hors des atteintes de ceux qui en veulent à sa vie. On peut essayer un déplacement, l'envoi dans une maison de

santé, en entourant le malade d'infirmiers bien avertis, et ne recourir à la dénonciation que lorsqu'il n'y a plus d'autres moyens de le protéger. Un cas particulier peut se présenter : il se peut que la victime elle-même de la tentative d'empoisonnement, avertie par nous, s'oppose à la dénonciation qui frapperait sa femme ou son fils. Brouardel a pensé qu'en ce cas il fallait obéir au scrupule de la victime. Pourtant, nous devons continuer à employer les moyens en notre pouvoir pour la sauvegarder et nous adresser au coupable présumé, le menacer d'une dénonciation, afin d'empêcher le crime de se perpétrer.

Mais, à ce propos, on ne saurait être trop prudent. Il faut savoir que certaines intoxications résultant de l'ingestion de substances alimentaires avariées peuvent donner lieu à des symptômes qui simulent un empoisonnement par l'atropine. On fera bien de s'assurer tout d'abord de la nature exacte du poison par les recherches chimiques ou l'expérimentation sur les animaux, au moyen des déjections et des linges souillés par le malade ; car il y a eu des cas où le médecin s'est mis en fort embarrassante posture, pour avoir dénoncé un attentat dont la réalité n'a pu être démontrée.

Un autre cas se présente trop souvent, où il serait monstrueux de ne pas se dérober au secret professionnel : c'est en matière de *sévices commis sur des enfants* (brutalités dangereuses, attentats aux mœurs).

Dans d'autres cas, il s'agit *d'innocenter un accusé*. Brouardel dit qu'il faut attendre le moment où l'innocent est sur le point d'être condamné et n'intervenir qu'à la fin des débats. A ce moment seulement le médecin doit demander à être entendu et déclarer, sous serment, qu'il est certain de l'innocence de l'accusé, sans, d'ailleurs, dénoncer les coupables.

Quand un médecin a été amené à avoir la preuve qu'une sage-femme pratique des *avortements criminels*, doit-il la dénoncer? — La dénonciation peut avoir pour résultat de mettre en cause des femmes auxquelles il a donné des soins et qui se sont confiées à lui, escomptant de sa part l'obligation au secret. Mais, d'autre part, si la sage-femme coupable n'est pas arrêtée dans sa carrière criminelle, elle fera certainement de nouvelles victimes. On peut admettre que le médecin, après avoir menacé la coupable d'une dénonciation si elle continue, mettra sa menace à exécution *en un temps qui ne permette plus de rechercher et de poursuivre une des femmes qu'il a pu soigner*.

LE SECRET MÉDICAL DANS LES GUERRES CIVILES

Il existait au XVIIe siècle (1666) *un édit royal enjoignant aux chirurgiens de Paris de faire connaître à la police les noms des blessés soignés*

par eux. En temps de guerre civile on a essayé quelquefois de faire revivre ce vieil édit tombé en désuétude, abrogé d'ailleurs par les rédacteurs du Code, article 378. Le corps médical s'est toujours énergiquement refusé à servir les haines civiles. Après les journées de juin 1832 parut une ordonnance du préfet de police Gisquet, enjoignant aux médecins de dénoncer les insurgés auxquels ils auraient donné leurs soins. Glorifions la mémoire de Dupuytren qui répondit noblement : « Je n'ai pas vu d'insurgés, je n'ai vu que des blessés. » L'horreur du corps médical pour toute dénonciation capable de livrer une victime à ses ennemis politiques a toujours été telle qu'il a suffi en deux circonstances mémorables, 1848 et 1871, qu'un pareil soupçon, même non prouvé, — et même, pour le second, celui de Dolbeau, démontré depuis inexact — pût effleurer un médecin et un chirurgien des hôpitaux pour soulever contre eux les clameurs indignées de leurs collègues et de leurs élèves.

LE SECRET DANS LES HÔPITAUX

Les médecins d'hôpitaux doivent si complètement le secret aux malades qu'ils traitent, qu'une circulaire du Directeur de l'Assistance publique, en 1887, prescrit de ne délivrer même les certificats médico-légaux concernant les blessés qu'avec le consentement de ceux-ci et de ne publier aucune observation de malade hospitalisé avec son nom, ni même avec ses initiales.

En vertu de la loi sur les accidents du travail (1898) le médecin appelé à soigner un blessé ne peut refuser au patron le certificat nécessaire à la déclaration d'accident.

L'INTENTION DE NUIRE

Quelques jurisconsultes avaient admis que la divulgation du secret n'est punissable que si elle a été faite dans l'intention de nuire. Tout d'abord il pourrait vous sembler que, si l'observation du secret peut être nuisible à votre client ou du moins à sa mémoire, après sa mort vous devez proclamer la vérité. La Cour de cassation en a jugé autrement (arrêt du 18 décembre 1885, condamnation du Dr Watelet qui avait voulu défendre la mémoire de son client le peintre Bastien Lepage), affirmant que le délit existe dès que la révélation a été faite avec connaissance, *indépendamment de toute intention de nuire*.

LA PUBLICITÉ DES FAITS

La divulgation est punissable, même si elle n'a été faite qu'à une seule personne et *sans publicité.*

Le délit existe encore même si le médecin ne s'explique que sur des faits déjà connus du public. En vain citerait-on comme exemple de dérogation l'autopsie de Gambetta publiée dans un journal de médecine par ceux qui l'avaient soigné; s'ils n'ont pas été poursuivis, nous pensons qu'ils s'exposaient à l'être. En tout cas on doit regretter qu'un médecin, pour éviter d'être accusé simplement d'erreur de diagnostic par l'opinion publique, ait publié dans les journaux politiques ou même seulement médicaux les détails de la grossesse d'une reine.

SANCTIONS CIVILES

Outre la sanction pénale, le médecin qui aurait, par pure légèreté et sans intention de nuire, divulgué un secret médical, s'exposerait à être poursuivi civilement par son client et condamné à des dommages-intérêts pour le préjudice causé (art. 1382-83 du Code civil).

SECRET ET RECOUVREMENT D'HONORAIRES

Quelques médecins se sont laissé entraîner, en poursuivant le recouvrement de leurs honoraires en justice, à révéler le diagnostic à l'appui de leurs réclamations; nous n'en avons aucunement le droit. « Si la révélation, dit P. Brouardel, doit porter sur un acte coupable imputable à votre malade et s'il est porté à la notoriété par votre réclamation ou même si elle dénonce une affection dont la connaissance aiguise les langues malicieuses, votre silence doit être absolu. Vous devez renoncer à ce bénéfice, bien que légitimement acquis. » Cicéron avait déjà prévu ce cruel devoir pour le médecin, quand il écrivait: *Medici, qui thalamos et tecta aliena subeunt, multa tegere debent, etiam læsi, quamvis sit difficile tacere cum doleas.*

SECRET MÉDICAL ET TÉMOIGNAGE EN JUSTICE

Comme tout citoyen, le médecin est tenu par l'article 80 du Code d'instruction criminelle de comparaître devant les tribunaux pour y témoigner; mais comment concilier cette obligation avec l'article 378, si les faits sur lesquels on l'interroge n'ont été connus par lui que dans l'exercice de sa

profession ? — Il doit *déférer à la citation*, sous peine d'être condamné à 100 francs d'amende, *prêter serment* et *déclarer alors qu'il considère comme confidentiels* les faits sur lesquels on l'interroge.

Le secret est obligatoire, même dans le cas où celui que les faits concernent et qui les a confiés en demande la révélation; car l'obligation prescrite par l'article 378 est établie dans un intérêt général et ce n'est qu'à ce prix que des professions dont l'exercice importe à la société tout entière peuvent jouir de la confiance et de la considération nécessaires (arrêt de la Cour de Montpellier, 1827).

STATISTIQUE ET DÉCLARATION DES DÉCÈS

Les *médecins de l'état civil* n'ont pas de confidences à recevoir; ils font une enquête pour s'assurer que la mort a été naturelle, quelle en a été la cause et l'indiquent à l'administration sur des bulletins qui ne portent aucun nom propre, mais seulement un numéro d'ordre. On a demandé, dans l'intérêt de la statistique, le concours des médecins traitants qui reçoivent de la mairie ou de la préfecture une lettre par laquelle on les prie de vouloir bien, *s'ils le jugent à propos*, indiquer sur un bulletin anonyme joint à la lettre la cause de la mort; ils peuvent ne pas répondre ; en tout cas, aucun nom ne figure sur le bulletin qu'ils renvoient et ne sera connu au service de statistique.

Dans les *bulletins de santé* laissés au domicile du malade pour les amis et étrangers, nous ne devons faire figurer aucun nom de maladie, mais seulement une constatation banale de l'état général; et encore vaudrait-il mieux n'en rien faire ou donner toujours une note rassurante, car des journaux peuvent tomber sous les yeux du patient.

SECRET DU AUX MINEURS ET AUX DOMESTIQUES

Il soulève des difficultés très complexes, au milieu desquelles le médecin ne peut être guidé que par sa conscience, en agissant au mieux des intérêts les plus respectables et de l'intérêt social. Une jeune fille, ou une domestique dans une famille dont vous êtes le médecin, a dissimulé sa grossesse; l'accouchement est imminent, un infanticide se prépare peut-être, ou bien l'accouchement clandestin a eu lieu et le fœtus a disparu. Le médecin, dit Brouardel, ne peut dissimuler aux parents ou aux maîtres le fait dont sa profession lui a donné connaissance; mais la révélation n'est légitime que si les intérêts des tiers ou de la société sont compromis. S'il

en est temps encore, vous devez demeurer gardien du secret de la grossesse et faciliter la sortie de la jeune fille ou de la domestique enceinte hors de la famille, pour qu'elle puisse dissimuler son accouchement et assurer la vie de l'enfant.

A propos des domestiques syphilitiques, j'indiquerai plus loin les solutions.

S'il s'agit de la *tuberculose,* il faut leur faire comprendre que le meilleur moyen de guérison pour eux est de se reposer ou d'entrer dans un hôpital, ou il faut imposer des précautions antiseptiques au point de vue de l'expectoration. Mais il ne faut jamais laisser des tuberculeux donner leurs soins à de jeunes enfants.

§ 2. SYPHILIS ET DÉONTOLOGIE. — ENFANTS, ADOLESCENTS, FIANCÉS, ÉPOUX, NOURRISSONS ET NOURRICES

C'est à propos du secret médical qu'il est logique d'énumérer les difficultés déontologiques qui sont créées aux médecins par la syphilis ; elles sont nombreuses. On en trouve principalement les solutions que je résume dans les livres classiques du professeur Alf. Fournier et la monographie plus récente et excellente de G. Thibierge. *(Syphilis et déontologie.* 1903.)

Chez les très jeunes gens la syphilis acquise est malheureusement déjà fréquente. Elle le serait moins si on instruisait les collégiens, dès la puberté, sur les dangers des maladies vénériennes, si on les mettait en garde contre les tentations qui les guettent dans les grandes villes, aux abords même des établissements scolaires.

De nombreuses discussions ont été soutenues sur ce sujet ; on en trouvera notamment dans l'*Hygiène scolaire* (1), organe de la Ligue que Albert Mathieu et moi avons fondée. Les parents se montrent en général plutôt hostiles à la solution affirmative ; la plupart des médecins, et notamment les médecins des lycées et collèges, sont partisans de *l'initiation sexuelle* faite par eux vers la quatorzième ou quinzième année.

Quand un médecin constate la syphilis *chez un adolescent*, quels sont ses devoirs vis-à-vis des parents ? — Ni le Code ni la jurisprudence ne disent à quel âge le jeune homme, cessant d'être un enfant, devient maître de ses secrets, qui dès lors ne pourraient être révélés à ses parents sans son consentement. Il est pourtant évident que le médecin a le devoir moral d'avertir les parents en présence de l'accident primitif ou des accidents secondaires, non seulement pour organiser efficacement le traitement, mais pour

(1) Revue publiée par la Ligue pour l'hygiène scolaire. Masson, éditeur.

prévenir quelque contagion familiale. Il doit commencer par s'entretenir avec le malade en particulier et lui faire comprendre la nécessité de prendre son père pour confident, en se chargeant de servir d'intermédiaire après l'assentiment obtenu et en promettant d'apaiser autant que possible le courroux paternel. Les pères très sévères à notre époque sont rares ; un de mes élèves attribuait pourtant son état neurasthénique à la sévérité du sien, qui lui avait tenu longtemps et durement rigueur à l'occasion d'une blennorragie précoce.

Dans quelques cas l'apparition d'accidents graves et brusques, tels qu'une paralysie ou une néphrite, met tout à coup le médecin dans la confidence forcée et il est exceptionnel qu'il puisse exécuter le traitement nécessaire sans que les parents soient informés de sa nature spécifique.

Il peut arriver que le médecin soit amené à constater *chez une jeune fille*, même de bonne famille, des accident syphilitiques dont parfois la porte d'entrée a été extragénitale. On comprend avec quelle prudence doit être conduite l'enquête sur la cause possible du mal et sa nature, qui peut être ignorée de la victime et qu'on peut provisoirement lui cacher, tout en faisant le traitement nécessaire. Il est évident que dans les cas de syphilis *insontium* les parents doivent être avertis avec ménagement, mais qu'il pourra être nécessaire de faire connaître à un moment donné à la malade guérie la nature d'une affection qui doit toujours nécessiter une surveillance dans l'avenir.

Dans le cas où le médecin a reçu les confidences de la jeune fille qui n'ignorait pas la nature du mal auquel elle s'était exposée, il doit s'efforcer de ne pas la compromettre et de la guérir secrètement.

La déontologie nous place en face de *syphilitiques candidats au mariage :* il en est de trop effrayés, il en est de trop confiants qui, dès le début de leur syphilis, s'inquiètent de leur avenir au point de vue du mariage. Nous ne devons pas fixer une date de mariage possible quand nous assistons au début de la syphilis : l'évolution est tellement variable malgré le traitement, bien que l'intervention de l'arsénobenzol et son association au mercure ait notablement diminué la gravité des risques.

Certaines lésions méritent d'être prises en considération comme constituant des probabilités en faveur de la durée de la période où le mariage devra être interdit : ainsi les plaques muqueuses à type leucoplasique, les ulcérations cutanées, la prédilection précoce pour le système nerveux, l'iritis, l'apparition du signe d'Argyl-Robertson moins de dix-huit mois après l'infection ; la prédisposition aux localisations nerveuses par suite d'une hérédité névropathique ou de troubles nerveux personnels antérieurs à l'infection, l'exercice d'une profession exigeant ou entretenant une très forte tension nerveuse, sont des éléments qui aggravent le pronostic.

Il y a lieu d'envisager des conditions spéciales dans chaque cas pour sauvegarder le syphilitique, sa future famille et la société. Pour ne pas laisser passer inaperçue une syphilis, même dans les cas où l'accident primitif est larvé, où la période secondaire est latente, il faut, après les coïts suspects, rechercher à la loupe les traces de chancre sur les organes génitaux, ne pas négliger les portes d'entrée extragénitales (amygdales, lèvres, anus, téguments), ne pas méconnaître l'alopécie transitoire, les adénopathies, utiliser la réaction de Wassermann. Le plus gros risque de contamination pour la femme est l'existence de plaques muqueuses, qui peuvent persister de 18 mois à 4 ans après l'infection ; quand elles ne se sont pas montrées un an après l'accident primitif, il est rare qu'elles paraissent. Ces notions conduisent à interdire le mariage à l'homme pendant les quatre premières années et pendant les dix-huit mois qui suivent une éruption de plaques.

Au point de vue du risque de procréation d'enfants syphilitiques, on peut admettre qu'un enfant, procréé plus de trois ans après le début de la syphilis d'un père qui a été traité méthodiquement deux ans par les méthodes contemporaines, sera indemne probablement.

Mais il est toujours important que le père fasse un nouveau traitement mercuriel avant de chercher à procréer ; ce que A. Fournier appelait le « traitement du père de famille ».

CONDUITE DU MÉDECIN EN PRÉSENCE D'UNE FAMILLE OU D'UN ÉMISSAIRE DE CELLE-CI QUI DÉSIRE SAVOIR SI SON CLIENT A EU LA SYPHILIS

Il doit se retrancher, dès la première question, derrière le secret professionnel, même si son client n'a pas eu la syphilis ; car, s'il parle pour affirmer l'intégrité d'un de ses clients, dans un autre cas où il refuserait de répondre, son silence deviendrait significatif.

Si un émissaire vient, muni d'une autorisation en règle du client, il ne faut pas répondre verbalement, mais *écrire à celui-ci directement* une attestation concise et précise des accidents qu'il a eus, de leur date et de l'autorisation qu'on lui a accordée en datant et signant : à lui d'en faire l'usage qu'il voudra.

Quand un client syphilitique, encore contagieux ou voulant se marier trop tôt suivant notre opinion, veut passer outre, nous avons le devoir de le morigéner énergiquement, de faire appel à ses bons sentiments comme à son intérêt bien entendu, mais nous ne pouvons, suivant la majorité des déontologistes, le dénoncer à sa future famille.

P. Brouardel a bien dit que nous pouvions conseiller au futur beau-père

d'exiger du candidat une assurance sur la vie, mais celle-ci ne serait préservatrice que s'il était encore porteur d'accidents visibles.

Juhel-Rénoy conseillait de dire aux parents : « Ne faites pas ce mariage », sans autre explication, et ne considérait pas cette solution comme une violation du secret.

Aucune de ces solutions ne donne une pleine satisfaction à notre conscience et la question reste si angoissante au point de vue de notre responsabilité morale que les médecins et les sociologues n'ont pas cessé de chercher à la résoudre.

Henry Cazalis, qui fut un philosophe comme médecin et comme poète sous le pseudonyme Jean Lahor, a préconisé dans son livre *Science et Mariage* l'introduction dans les mœurs, et même dans la loi, d'un *certificat de sante ou d'aptitude au mariage*. Les objections sont les suivantes : Qui charger de délivrer le certificat ? Le médecin de famille ? Mais il y a des familles qui n'en ont pas. Des officines s'ouvriraient probablement qui délivreraient des certificats de complaisance. A vrai dire, si on pouvait faire mettre à la mode l'examen médical prématrimonial, cela aurait l'avantage d'instruire le public sur la gravité et la fréquence de la question.

Nous pouvons conseiller aux pères de famille de demander au futur gendre un examen de Wassermann : la garantie pourra n'être que temporaire, si le syphilitique est sous l'influence d'un traitement énergique récent, mais n'assurera pas l'avenir.

On a proposé la suspension légale du secret professionnel au sujet de la syphilis. Mais les objections sont nombreuses et fortes : bon nombre de syphilitiques n'oseraient plus se confier aux médecins, d'où des contaminations inconscientes, l'augmentation des célibataires, la diminution de la natalité, des compromis malpropres, des chantages.

Quand il s'agit d'une femme syphilitique qui nous demande l'autorisation de se marier, nous avons à envisager le cas dans lequel une veuve ou une divorcée peut avoir été infectée sans le savoir et où sa contamination nous est attestée par certains stigmates ou par un Wassermann positif. On peut autoriser le mariage d'une femme dont la syphilis remonte à huit ans, si elle n'a pas eu d'accidents depuis quatre ans et si elle a été régulièrement traitée par l'arsénobenzol et le mercure pendant trois ans et demi ou quatre ans ; s'il survient une grossesse, elle devra reprendre un traitement dès le début.

Les *fiancés* qui voient survenir des accidents syphilitiques à la veille de leur mariage proposent parfois au médecin des précautions illusoires : la promesse de ne faire qu'un mariage *blanc*, l'usage d'un vernis au collodion ! ! Nous devons les réprouver énergiquement, en insistant sur leur inutilité et leur immoralité.

La syphilis dans le mariage. — Elle peut avoir été contractée *avant* par le mari qui en fait l'aveu au médecin ; si celui-ci constate des accidents contagieux et que la femme soit saine en apparence, il faut prescrire la suspension des rapports conjugaux, sans crainte que ce soit un prétexte à divorce pour injure grave; surveiller la santé de la femme.

La syphilis peut avoir été contractée *après* le mariage : il faut conseiller au mari d'en faire l'aveu à sa femme pour expliquer la suspension des rapports conjugaux sans exciter sa jalousie.

On peut essayer de faire admettre une contagion extragénitale.

Un mari peut avoir été contaminé par sa femme, veuve ou divorcée d'un syphilitique ou victime d'une contamination extragénitale ; il est de notre devoir, dans l'intérêt du ménage, de faire admettre au mari l'innocence réelle ou supposée de sa femme, en interdisant la procréation jusqu'à traitements suffisants.

Le médecin voit arriver dans son cabinet une femme en puissance d'accidents syphilitiques contagieux.

Si c'est une cliente, donner d'abord une ordonnance banale, puis s'arranger pour avoir une conversation avec le mari. Ou bien il avoue être malade et alors ce cas rentre dans l'espèce étudiée plus haut ; s'arranger pour traiter les deux conjoints.

Ou bien le mari décline, sincèrement ou non, toute responsabilité.

Il faut lui dire que sa femme a dû être victime d'une contagion extragénitale et éviter ainsi, tout en accomplissant votre devoir de médecin, la désorganisation du ménage.

Si la femme qui nous consulte est une inconnue, il faut procéder avec beaucoup de tact pour s'éclairer sur sa situation sociale, lui prescrire le traitement, soit sous forme d'injections qu'elle viendra se faire faire dans notre cabinet, soit sous la forme de préparations spécifiques dissimulées, sans donner le diagnostic vrai, à moins qu'il ne s'agisse d'une professionnelle de la galanterie.

Ce n'est pas une question indiscutable si le médecin doit cacher à la femme rendue syphilitique par son mari la nature de son mal et si on a rempli tout son devoir en la soignant. — Un cas de conscience troublant fut cité par un médecin de Berlin, Macry (*Deutsch. med. Woch*), il y a quelques années. Une jeune femme, contaminée à son insu par son mari au début de son mariage, avait été traitée pour de prétendues hémorrhoïdes par un médecin hongrois qui lui fit quelques injections intrafessières sans empêcher l'accouchement prématuré d'un enfant mort. Abandonnée par son mari quelques années après, elle ne fut plus soignée, et le médecin berlinois constatait une névrite optique.

Le premier médecin, qui avait, dans la louable intention de sauvegarder

l'union conjugale, caché à la malade la nature de son mal, en avait-il le droit? Qui lui garantissait que le mari continuerait à la soigner, qu'il ne divorcerait pas, qu'il ne deviendrait pas fou, qu'il ne mourrait pas sans la prévenir qu'elle était atteinte d'une affection qui exige des soins prolongés et une longue surveillance?

Si la femme menacée de cécité avait réclamé des dommages-intérêts au premier médecin, des experts auraient conclu qu'un traitement fait à temps aurait évité des lésions irréparables : les juges n'auraient-ils pas condamné?

Macry concluait que c'est le devoir de tout médecin consciencieux de dire à la femme, même contre la volonté du mari, l'affection dont elle est atteinte et de lui indiquer en même temps la façon de se traiter et pendant combien de temps; il ajoutait que le médecin devrait atténuer, lors de la révélation, la faute du mari. Le Dr Menier, qui discuta cette espèce dans le *Journal de Médecine de Paris* à cette époque, se rangea à la conclusion de l'auteur allemand, sans admettre même qu'il fût utile de se faire l'avocat du mari.

Ne serait-il pas suffisant, sans formuler le diagnostic, de remettre à la malade la prescription *écrite*, précisant la nécessité de faire tel ou tel traitement pendant tant d'années et de communiquer toujours cette ordonnance aux médecins qui seraient consultés ultérieurement? Il est probable d'ailleurs qu'un tel luxe de recommandations éveillerait les soupçons de la femme et qu'il en pourrait résulter un divorce. Mais, comme le dit le confrère, le souci de la santé des malades doit être le principe directeur de nos actions.

Dans d'autres cas nous sommes consultés par des femmes mariées qui craignent d'avoir été contaminées par leur mari.

Le plus souvent ce sont des syphiliphobes jalouses, que nous n'aurons qu'à rassurer après examen négatif.

S'il s'agit réellement d'une syphilitique, nous n'avons qu'à la traiter, mais nous devons toujours refuser un certificat qui servirait de base à une instance de divorce. Si la victime vraie ou prétendue d'une contagion conjugale veut en appeler aux tribunaux, c'est à un avoué qu'elle doit s'adresser pour faire provoquer la désignation d'un expert, qui sera délié du secret professionnel.

Les accidents syphilitiques tertiaires ne soulèvent que peu d'embarras déontologique, puisqu'il n'y a plus à craindre de contagion pour l'entourage, et que nous n'avons qu'à formuler un traitement sans nous expliquer sur l'origine du mal.

Quand vous êtes le médecin de deux époux dont l'un présente des accidents syphilitiques, il faut vous garder de délivrer à celui-ci un certificat

qui serait produit au cours du procès et vous ferait accuser par la partie adverse de violation du secret professionnel ; mais, si vous n'en soignez qu'un, n'en délivrez pas non plus, en expliquant à celui qui vous le demanderait que le certificat paraîtrait entaché de complaisance et servirait mal ses intérêts.

En résumé, nous devons *en toute circonstance, sauf quand nous agissons comme experts, refuser de délivrer des certificats de syphilis*, qui ne peuvent servir qu'à des procès ou au chantage.

Les NOURRISSONS SYPHILITIQUES ou menacés d'hérédosyphilis ne doivent être allaités que par une femme syphilitique ou réfractaire à la syphilis, c'est-à-dire par la mère qui, en vertu de la loi pathologique de Colles et Baumès (1840), ne peut prendre la syphilis de son enfant, ayant été immunisée pendant la grossesse. On peut avoir recours à l'allaitement artificiel, mais celui-ci risque de compromettre la vie d'un enfant débilité par sa syphilis.

Partant de ce principe, examinons les divers cas possibles.

Avant la naissance de l'enfant, quand on sait que les parents sont en puissance d'infection, il convient de décider la mère à nourrir, qu'elle se sache ou non syphilitique.

Si la mère ne peut ou ne veut allaiter, si *l'enfant est né avec des lésions évidentes* (condylome, pemphigus, etc.), il ne faut pas accepter une complicité avec les parents voulant faire contrat avec une nourrice saine, même avertie du danger qu'elle court.

L'enfant n'a que des lésions douteuses : même conclusion.

Les lésions n'apparaissent chez l'enfant qu'*après* le commencement de l'allaitement par une nourrice.

Ou bien la nourrice est déjà contaminée. — Il faut obtenir que le père avertisse celle-ci, la garde et l'indemnise, mais il ne faut jamais intervenir dans cette négociation.

Si le père refuse d'avouer à la nourrice le tort qu'il lui a fait et de le réparer, il faut cesser nos soins.

Si la nourrice, inquiète de notre retraite, nous en demande la cause, nous devons l'envoyer à un confrère qui la renseignera.

Ou la nourrice ne paraît pas encore contaminée. — Il faut faire cesser l'allaitement. Si les parents s'y refusent, formuler une ordonnance prescrivant le traitement de l'enfant, la suspension de l'allaitement, signer et se retirer. Confirmer sa retraite par lettre recommandée avec envoi de la note d'honoraires.

Si la famille accepte la suspension de l'allaitement, garder la nourrice en observation six ou sept semaines, en lui conservant son lait, si possible, au moyen du tire-lait. (On a proposé de lui faire allaiter de jeunes chiens ?)

Si le chancre paraît, l'allaitement au sein peut être repris avec les soins nécessaires et le traitement est institué.

Si elle reste saine en apparence, elle devra éviter de se replacer, la famille fera bien de la conserver comme nourrice sèche ; pourtant il y a eu des cas où la nourrice s'est retirée et a obtenu de la Préfecture un certificat lui permettant de se replacer.

Si le médecin, appelé par une nourrice à la campagne, lui découvre un nourrisson syphilitique, qu'il fasse venir les parents et les avertisse, après avoir fait cesser l'allaitement.

Nourrices syphilitiques mercenaires. — Notre responsabilité est très grande dans le choix d'une nourrice ; malgré les certificats délivrés par la Préfecture, nous devons toujours faire nous-même un examen complet de la nourrice et de son enfant, autant que possible.

Nous pouvons voir survenir des accidents secondaires quelque temps après le début de l'allaitement, la contagion ayant pu avoir lieu au début de la grossesse.

Ou le nourrisson est encore sain en apparence : le mettre au lait stérilisé ou utiliser une chèvre pendant six semaines au moins.

Si les lésions apparaissent, conseiller aux parents de garder la nourrice, malgré leur répugnance habituelle, en leur faisant comprendre que l'enfant se trouvera mieux de l'allaitement au sein, et qu'ils s'exposent, en la renvoyant, à être accusés de l'avoir contaminée.

Par précaution contre un chantage possible, avoir une consultation avec un confrère et rédiger avec lui une sorte d'observation sous forme de lettre aux parents, en précisant l'évolution et l'antériorité probable ou indiscutable de la syphilis chez la nourrice. En prévenir la nourrice, en l'engageant à continuer ses services.

Cas où la nourrice syphilitique est la mère. — Si la syphilis est contractée par la mère au début de sa grossesse, la syphilis est inévitable chez l'enfant.

Si la contagion ne s'est produite que dans les derniers mois, le doute est possible. Mauriac a vu l'enfant naître sain et rester sain, dans un cas où la mère n'était devenue syphilitique que dans les deux derniers mois.

La mère peut prendre la syphilis au cours de l'allaitement.

Dans ces deux derniers cas, tenir l'enfant en observation pendant six semaines, en le mettant au biberon, comme dans le cas de la nourrice mercenaire syphilitique.

Domestiques syphilitiques. — Ils sont nombreux et sans doute vont l'être encore plus, puisque les circonstances de la guerre ont favorisé dans de déplorables proportions la diffusion de la syphilis. Les dangers de contagion sont bien grands dans les familles par l'intermédiaire des cuillers,

brosses à dents, porte-cigares, canules, éponges, peignes, etc.; la cuisinière qui goûte les sauces, le valet de chambre ou la femme de chambre qui se servent sans scrupule des objets de toilette de leurs maîtres, menacent notre sécurité et celle de nos enfants.

Si nous constatons l'existence d'accidents contagieux chez un domestique, qu'il nous consulte spontanément ou sur la demande des patrons, il faut l'avertir des dangers qu'il peut faire courir et lui conseiller de s'absenter pour se soigner. Si la malade est une bonne d'enfants, insister énergiquement pour qu'elle s'éloigne et la menacer au besoin de la dénoncer, — bien que nous sachions que nous ne pouvons pas le faire, puisque nous sommes tenus au secret sur la syphilis des domestiques comme pour tout autre malade qui nous a consulté.

Quand le domestique est envoyé par son patron, nous écrivons le diagnostic dans une lettre ouverte que nous lui remettons; pour prévenir toute fraude et servir de comparaison d'écriture, nous écrivons parallèlement une autre lettre banale au patron.

Syphilis des ouvriers et employés. — Le cas classique concernait la syphilis des verriers, qui se transmettait par la communauté des cannes de soufflerie ; il a été supprimé quand on a substitué l'air comprimé à la bouche humaine dans les usines nouvelles et adopté dans les anciennes usines l'embout mobile individuel.

Dans bon nombre d'industries le règlement accepté à l'entrée par l'employé lui impose la visite périodique par le médecin de l'usine, et le secret se trouve ainsi écarté.

Dans les hôpitaux qui ne sont pas exclusivement consacrés aux maladies vénériennes, les chefs de service et les étudiants doivent assurer par leur discrétion absolue le secret de la syphilis: les examens au spéculum doivent être faits dans un cabinet spécial ; les pancartes des lits n'en doivent pas faire mention ; dans la lecture des observations au lit des malades, élèves et maître doivent éviter les termes qui pourraient être compris des malades voisins.

Dans l'armée, le *médecin* qui visite des officiers malades *n'est nullement tenu de révéler au colonel la nature de leur maladie.*

Dans les grandes administrations, le médecin chargé de soigner les employés ou ouvriers n'est pas tenu de révéler les diagnostics aux directeurs ou patrons, si les patients réclament le secret. La question m'a été posée naguère par un confrère attaché à la construction d'un chemin de fer en Chine, dont une partie des ouvriers étaient Européens.

Dans les *sociétés de secours mutuels* on s'expose à violer le secret en indiquant par écrit les diagnostics des maladies des sociétaires, et bien qu'on puisse dire qu'il y a en pareil cas un contrat tacite entre la société, les

sociétaires et le médecin, qui est leur intermédiaire obligé, un médecin a été condamné à 16 francs d'amende, à Lille, en 1886, pour avoir révélé au président d'une société la maladie vénérienne d'un adhérent.

La conduite du médecin vis-à-vis des *compagnies d'assurances* au point de vue du secret sera étudiée dans un chapitre ultérieur consacré à celles-ci.

L'expert chargé d'une *mission judiciaire* doit en tenir secret le résultat jusqu'à ce que le jugement ne soit plus susceptible d'appel ou de cassation, ou s'il y a eu une ordonnance de non-lieu.

§ 3. PEUT-ON CONCILIER LA NOTION TRADITIONNELLE DU SECRET AVEC LES EXIGENCES SOCIALES ?

La question du secret médical, malgré tant de commentaires, reste encore un sujet de controverses.

L'obligation, si énergiquement inscrite dans le serment d'Hippocrate et que beaucoup de contemporains tendent encore à rendre plus étroite, est sans doute une des charges honorables de notre profession, comme tout ce qui nous impose une gêne dans l'intérêt social.

Il serait pourtant excessif de l'envisager avec une tournure d'esprit mystique, comme un caractère sacré qui auréolerait chacun de nous. La vie sociale est singulièrement plus compliquée qu'au temps d'Hippocrate ; elle se compliquera de plus en plus.

Voyons de sang-froid comment on peut concilier le principe avec l'évolution des exigences sociales.

Mon ami Paul Gallois a judicieusement analysé les éléments constitutifs du malentendu qui paraît s'établir à ce sujet, à propos des déclarations de maladies contagieuses, des certificats délivrés à des collectivités, des enquêtes faites en leur nom, etc.

Le secret est une convention tacite entre le médecin et son client, aussi ancienne que notre profession.

Si l'État, la jugeant utile à la société, l'a confirmée, en y ajoutant une sanction pénale, cela ne lui donne pas le droit de nous en dégager à l'occasion, si notre conscience nous interdit de le faire.

Or, suivant la formule de Gallois, le secret est une application particulière du principe que *le médecin doit être toujours le défenseur des intérêts de son client,* du moins *pour empêcher qu'on puisse lui nuire, mais pas pour l'aider à dissimuler une maladie qui puisse nuire à autrui.*

Si mon client me demande de garder son secret, j'y suis tenu. Mais s'il a

intérêt à faire connaître telle particularité de son état pathologique ou son parfait état de santé, je n'ai pas de raison de lui refuser de le certifier.

Ce certificat doit naturellement n'énoncer que des faits vrais ; mais notre conscience reste juge de ce que nous pouvons dire qui puisse être utile à notre client ; nous pouvons taire ce qu'il n'a pas besoin de connaître et ce qui pourrait agir fâcheusement sur son moral. C'est à lui que je remets le certificat, il en fait l'usage qu'il croit bon.

Par contre, si une collectivité ou l'État m'a chargé d'une fonction de contrôle sur la santé de ses employés ou d'enquête sur l'existence de maladies contagieuses, *mon client, c'est la collectivité ou l'État ;* ce sont ses intérêts que je dois défendre. Les malades que je visite, que j'interroge, que j'examine comme médecin de cette collectivité, ce ne sont pas mes clients. Je n'ai reçu d'eux aucune confidence. Si j'ai découvert, malgré leurs dénégations, un état pathologique ou une simulation de maladie, j'ai le devoir de le dire à la Compagnie ou à l'État dont je suis le mandataire.

Mais il ne doit pas y avoir de confusion entre ces deux rôles possibles du médecin, le médecin traitant et le médecin fonctionnaire (1).

Le médecin d'une Compagnie d'assurances ne peut examiner un de ses clients; le médecin chargé par l'État d'un service public d'hygiène doit être exclusivement un fonctionnaire, afin de n'avoir à ménager aucun intérêt.

Pourtant certaines fonctions, comme celle d'experts près les Tribunaux en matière de médecine légale, ne paraissent pas incompatibles avec la pratique de la clientèle.

Mais « toute organisation dans laquelle le médecin est à la fois médecin d'une administration et médecin traitant des malades le met dans une situation fausse. Comme médecin de l'administration, il est chef de service et a autorité sur les malades. Comme médecin traitant, il est au contraire au service des malades... Ces deux fonctions doivent être nettement séparées. »

(1) Voir 1re partie, page 13.

CHAPITRE XII

Le médecin conseiller.

§ I. — INCONVÉNIENTN ET LIMITES DU RÔLE. — CONSEILS RELATIFS A LA RETRAITE, AU CHANGEMENT DE PROFESSION. — CAS OU NOUS DEVONS PRENDRE L'INITIATIVE.

Si le rôle de confident est généralement de tout repos dans les tragédies classiques, il est plus délicat dans les drames de famille; car il est difficilement séparable de celui de conseiller. Quand un malade ou son entourage nous font des confidences sur l'embarras où les mettent la maladie ou le désir de l'éviter, ce n'est pas par unique besoin de se soulager, en vertu du vers proverbial : « A raconter ses maux souvent on les soulage », c'est pour essayer d'obtenir de nous une solution à un problème difficile à résoudre, souvent aussi pour s'abriter vis-à-vis de leur propre conscience ou vis-à-vis du public, derrière le conseil donné par nous. Aussi, pour lourde que soit cette partie de notre tâche professionnelle, nous est-il souvent impossible de nous y dérober.

Toutefois, limitons-la au strict nécessaire. N'imitons pas ce personnage imaginé par l'humoriste anglais Jérome K. Jérome : après avoir eu tellement confiance en ses propres lumières, qu'il s'était offert, par voie de publicité, à donner à tout venant des conseils en toute circonstance, il n'avait pas tardé à constater que la plupart de ses conseils avaient été néfastes, si bien que, non seulement il avait renoncé à être un conseiller professionnel *omnibus et de omni re*, mais sortait son revolver quand un passant lui demandait son avis sur le sujet le plus banal.

Ne donnons, en général, notre avis que sur les matières où nous nous sentons en toute conscience compétents. J'aurais à peine besoin de dire que nous ne pouvons conseiller qu'en matière médicale si on ne nous consultait jamais que comme médecins; mais il advient parfois telle circonstance où

le médecin, par la suite des années et de l'isolement relatif de tel client, voit sa qualité de médecin transformée peu à peu en celle d'ami ou même de « maître Jacques », pourvu qu'il s'y prête. Qui n'aura pas rencontré dans une pratique un peu longue une vieille dame riche, sans famille proche ou brouillée avec celle-ci, s'accrochant à un médecin devenu son seul ami pour lui demander des conseils jusque sur le maniement de ses fonds et l'emploi de sa fortune ?

C'est bien pour cela que le législateur s'est opposé à ce que le malade pût tester en faveur du médecin qui l'a soigné dans sa dernière maladie. Nous aurons à revenir sur ce point et nul honnête médecin, n'en fût-il point empêché par le Code, ne songerait à se faire léguer des biens qui doivent revenir à des héritiers légitimes. Mais il ne lui est pas interdit de conseiller, s'il est consulté, tels legs en faveur d'œuvres utiles, de bienfaisance, ou d'intérêt public, ou d'empêcher tel legs ridicule ou nuisible.

En dehors de la question testamentaire, le médecin peut être consulté sur des placements de fonds ; qu'il se récuse et s'efface derrière le notaire. Sans doute ce n'est pas au médecin, mais à l'ami que tel conseil est demandé ; mais il est si difficile de dépouiller notre caractère professionnel, qui adhère à notre personnalité civile comme une tunique de Nessus ! Le jour où le bruit se répand, soit que nous avons donné un mauvais conseil à une douairière ou à une jeune femme faible d'esprit, — et la plupart des médecins sont de piètres manieurs de fonds (ils ont, avec les prêtres, la plus fâcheuse tendance à mal placer leurs économies) — l'opinion publique devient sévère au conseilleur qui a pu contribuer à ruiner sa cliente et le soupçonne invinciblement d'avoir eu quelque intérêt à suggérer un placement malencontreux. De vieux praticiens ne se laissent guère prendre à ce piège ; j'écris ceci pour les jeunes, j'en ai vu quelques-uns, trop flattés d'être traités avec une confiance croissante qui les transformait peu à peu de confidents en conseillers, puis en arbitres de tous les problèmes non médicaux de la vie par une cliente riche et isolée, se laisser aller à donner des conseils dont ils ont eu un jour à se repentir.

Mais laissons de côté ces exceptions extra-médicales et parlons du rôle rigoureusement dévolu au médecin de *conseiller en matière de santé*, quand on le lui demande — et même quelquefois quand on ne le lui demande pas, mais quand sa conscience l'y pousse.

Il n'est pas rare que nous soyons consultés sur l'opportunité d'un *changement de profession* : un esprit inquiet, peu satisfait de ses occupations, désire les changer et rencontre dans son entourage, femme ou enfants, une opposition ou des critiques et cherche près de nous une approbation basée sur la connaissance que nous avons de sa santé. Si nous avons à faire valoir des raisons médicales solides pour ou contre cette résolution, notre devoir

est de les exposer franchement au client et à sa famille ; si nous n'en voyons pas d'évidentes, récusons-nous.

Plus souvent nous sommes amenés à agiter la question de l'opportunité ou de la nécessité pour un malade de *prendre sa retraite* avant l'âge fixé par les usages sociaux ou les règlements professionnels. Commerçant, fonctionnaire, magistrat, militaire peuvent se sentir insuffisants en face de leur tâche coutumière et, si nous constatons après un examen minutieux et réitéré de leurs organes et de leurs fonctions que, suivant toute apparence, l'insuffisance ressentie par le client doit être définitive, nous approuverons la retraite.

Mais songeons aux cas fréquents où une insuffisance fonctionnelle ne répond pas à une lésion organique et ne sera que passagère ; si nous avons approuvé la renonciation, quand le patient aura démissionné et, grâce à un certain temps de repos, aura récupéré son activité, il se repentira d'avoir pris cette retraite et nous accusera de l'avoir laissé faire, faute d'avoir prévu que ses forces lui reviendraient.

N'oublions jamais que les troubles fonctionnels du système nerveux résultant d'une pure autosuggestion retentissent grandement sur tous les autres appareils et qu'un névropathe, à la suite de contrariétés d'affaires, de blessures d'amour-propre, de déception professionnelle, peut tomber dans un état psychasthénique assez profond pour faire croire à lui comme à ceux qui l'entourent que « c'est un homme fini ». Si nous ne constatons pas de signe d'affection organique, si l'état névropathique n'est pas si invétéré qu'il puisse faire admettre la chronicité, conseillons énergiquement de prendre un repos suffisant, un congé assez long : détournons le découragé de toute mesure irréparable, comme la vente d'une maison de commerce ou d'une étude, la démission d'une fonction ou d'un grade. J'ai suivi un magistrat fort intelligent, mais impressionnable à l'excès qui, à la suite d'un passe-droit, tomba dans un état de neurasthénie à type gastro-intestinal très accusé ; dès la première crise, il voulait briser sa carrière qu'il aimait, encouragé dans son dépit par sa femme — qui ressentait encore plus que lui, je crois, ses mécomptes professionnels. Ce ne fut pas sans peine que je fis écarter la décision radicale ; après quelques mois de repos, tout rentra dans l'ordre. Aussi, lorsque plusieurs années plus tard, je vis réapparaître le client redevenu gastropathe et décidé de nouveau à démissionner, encouragé par sa femme qu'épouvantaient ses souffrances et son amaigrissement, je supposai naturellement qu'il y avait sous roche quelque déception nouvelle ; je me gardai d'y faire allusion, mais je pus, m'appuyant sur le précédent, écarter encore toute décision irréparable. Bien m'en prit encore et, quand la crise fut passée, je sus que j'avais deviné juste. Et les choses se passèrent ainsi trois fois en vingt ans.

Dans d'autres circonstances au contraire *c'est à nous de prendre l'initiative de conseiller*, avec tous les ménagements voulus, et quand nous avons acquis la conviction qu'il s'agit d'une mesure indispensable pour conserver la vie ou la réputation d'un homme ou l'honneur de sa famille, une retraite anticipée. Il y a des tuberculeux, des diabétiques, des cardiaques, des albuminuriques, qui ne peuvent espérer prolonger leur existence qu'à la condition de renoncer à leurs occupations professionnelles, soit parce qu'elles entraînent une fatigue physique excessive, des conditions d'hygiène défectueuse, soit qu'elles éprouvent trop rudement le cerveau.

Quand le malade est dans une situation de fortune qui lui permet de vivre sans profession, on est déjà plus à l'aise pour conseiller de renoncer à celle-ci ; mais combien on hésite à prononcer le conseil cruel, quand on sait qu'il va porter un coup fatal à la situation sociale de toute une famille ! Aussi est-il indispensable de se faire appuyer par une ou plusieurs consultations.

Plus angoissante encore est la responsabilité qu'on doit prendre quand on saisit les premiers indices d'un état mental fatalement progressif, qui peut avoir pour conséquence de compromettre la vie de l'entourage ou de faire naître quelque scandale public : tels sont les prodromes de la paralysie générale et de certaines autres dégénérescences mentales. Allons-nous laisser à la tête d'une entreprise importante un malheureux qui peut ruiner les siens par des décisions maladroites, ou chargé d'un service public, où tous ses actes peuvent être de grave conséquence, un homme qui commence à perdre la lucidité du jugement ? — C'est alors qu'il faut faire appel aux lumières d'un confrère d'une compétence avérée, parfois en s'ingéniant pour obtenir cette intervention, avant de faire les ouvertures et les suggestions préventives, aussi pénibles que nécessaires.

§ 2. — CONSEILS RELATIFS AU MARIAGE (AGE, TUBERCULOSE, SYPHILIS, BLENNORRAGIE, CARDIOPATHIE, MALADIES NERVEUSES ET MENTALES, CANCER, AMÉNORRHÉE, AZOOSPERMIE, APPENDICITE). — ABORTION DE LA SYPHILIS.

C'est à *propos du mariage* que nous sommes très souvent consultés et qu'il nous faut avoir réfléchi aux principales éventualités de la pratique afin de pouvoir donner des avis aussi conformes que possible aux enseignements de l'expérience. Toutefois il faut s'attendre à ce que bien souvent les individus ou les familles, après avoir pris notre avis, ne s'y conforment pas s'il contrarie leurs intérêts ou leurs inclinations.

Les circonstances au sujet desquelles l'opportunité du mariage préoccupe le public sont : l'âge, la tuberculose, les cardiopathies, la syphilis, les mala-

dies mentales et nerveuses, le cancer; nous avons de notre côté à envisager certaines maladies auxquelles pense moins le public : l'alcoolisme, la blennorragie, le diabète, les albuminuries, et quelques autres cas spéciaux.

D'une manière générale *l'âge optimum pour le mariage* est pour la femme de dix-huit à vingt-cinq ans, pour l'homme de vingt-deux à vingt-cinq. Il faut rappeler aux intéressés qu'il faut se marier dans le meilleur état de santé possible, non pas dans la convalescence d'une maladie.

Les modalités sous lesquelles le problème nous est soumis sont multiples.

Nous pouvons être consultés sur l'opportunité du mariage en général, ou sur tel projet de mariage en particulier; nous pouvons l'être : par les parents de la jeune fille, qui même peuvent nous envoyer le jeune homme qu'ils ont en vue; — par le jeune homme; — par les deux familles, directement ou par l'intermédiaire d'un confrère; — on peut nous demander une consultation par écrit; — il arrive encore qu'on nous consulte par surprise, pour ainsi dire, en nous mandant sous un prétexte quelconque pour nous questionner à l'improviste sur un jeune homme qu'on sait notre client, ou en nous faisant rencontrer un inconnu sur lequel on nous demande notre opinion.

Quand les deux futurs sont de notre clientèle, nous avons en mains toutes les données du problème et il ne reste qu'à appliquer les principes généraux dont nous parlerons plus loin.

Quand l'un des deux nous est inconnu, nous ne pouvons formuler d'avis qu'après une enquête qui comporte la recherche des commémoratifs familiaux et personnels : la circonstance la plus désirable (et nous devons la provoquer quand cela est possible), c'est un entretien avec le médecin de la famille du futur ou de la future que nous ne connaissons pas, suivi d'un examen physique; cet examen est plus facilement accepté par le prétendant.

Pour la *tuberculose*, les antécédents peuvent consister dans la notion de la maladie chez l'un ou l'autre des ascendants directs ou de plusieurs cas familiaux; plus les cas sont nombreux parmi les ascendants et collatéraux du même sang et plus il y a lieu de considérer le terrain familial comme prédisposé, par conséquent de déconseiller le mariage. Il peut y avoir chez le candidat une pleurésie, une tuberculose ganglionnaire, articulaire ou cutanée ou une lésion pulmonaire décelée par hémoptysie, ou bronchite suspecte prolongée et considérée comme actuellement guérie. — Si un de ces tuberculeux latents demande une consultation écrite, on peut adopter la formule de Grancher : « Je constate que M. X... (ou Mlle) est guéri de sa pleurésie (ou de sa bronchite, de sa congestion pulmonaire,

adénite, etc.); l'avenir dépend surtout des soins qu'il prendra de sa santé. » On laisse ensuite les intéressés conclure.

Étant connue la fréquence extrême de la tuberculose, si tous les individus qui en ont subi une atteinte extrapulmonaire ou même pulmonaire, mais légère et ancienne, ne se mariaient pas, nos sociétés modernes seraient bientôt éteintes, et notre rôle, après avoir averti de la possibilité de récidive ou de diffusion des lésions, n'est pas d'opposer un veto absolu.

Par contre, il faut écarter du mariage, du moins provisoirement, tout cas en activité, en voie d'évolution, fébricitant ou non, avec détérioration de l'état général.

Grancher autorisait le mariage un an ou deux après le relèvement des forces et l'arrêt des lésions non ouvertes ; mais il faut tenir grand compte des conditions sociales : s'il s'agit de sujets qui peuvent vivre avec une bonne hygiène, qu'ils soient dans l'aisance ou qu'ils aient l'intention de vivre d'une vie rangée à la campagne, le mariage n'a pas les mêmes inconvénients que pour des personnes astreintes à une profession ouvrière ou fatigante, urbaine ou mondaine.

Avant de donner son consentement, le médecin doit tenir le candidat en observation, afin de ne pas méconnaître des accalmies trompeuses de quelques semaines ou de quelques mois. Après être sorti de la période du repos absolu ou du sanatorium, le malade doit avoir subi l'épreuve d'une reprise de la vie normale qu'il devra avoir ultérieurement. S'il s'est agi de lésions ouvertes, la vérification de la disparition des bacilles s'impose à plusieurs reprises, comme l'examen radiologique.

C'est surtout pour la jeune fille tuberculeuse que le mariage peut être dangereux à cause de la grossesse, bien que celle-ci soit en général accompagnée d'une accalmie de la maladie ou même d'une remarquable apparence de santé. Sabourin attribue cette influence trompeuse de la grossesse à la suppression de l'autointoxication menstruelle, si bien qu'il conseille d'encourager l'allaitement, même prolongé, quand une tuberculeuse a mené à bien sa grossesse et se montre bientôt comme devant être une bonne nourrice suivant toutes probabilités, toujours dans de bonnes conditions hygiéniques. Mais cette considération m'écarte du sujet qui pour le moment est la décision du mariage.

Pour le jeune homme tuberculeux le danger est dans les excès sexuels de la lune de miel ; pour le couple, dans les fatigues de voyages ou mondaines.

En dehors des inconvénients possibles du mariage pour les tuberculeux, il y a à envisager la procréation des enfants. L'hérédité du bacille étant excessivement rare et même douteuse, il faut craindre non pas la naissance

d'enfants tuberculisés, mais celle d'enfants tarés, pouvant facilement se tuberculiser au contact de leurs parents ou des bacilles de l'ambiance, y compris ceux que peut leur apporter l'alimentation. Pour que leurs enfants naissent dans les meilleures conditions, on recommandera, avec Sabourin, Pinard et tous les puériculteurs, de choisir le *moment* de la procréation favorable : les géniteurs se trouvant dans le meilleur état de santé possible, indemnes de toute tare autre que leur tuberculose éteinte, « doivent s'abstenir de tout excès de table, de tout surmenage physique ou moral, de toute excitation nerveuse ou intoxication aiguë alcoolique ou médicamenteuse, infection ou affection fébrile. Ils doivent procréer dans une sorte de recueillement de leur être physique et moral pour transmettre à leur produit le maximum d'immunisation. »

Le problème peut se poser dans d'autres conditions que Sabourin précise ainsi :

« Un jeune homme en activité bacillaire modérée, portant des lésions pulmonaires et un état général qui permettent de le déclarer absolument curable, est fiancé. On sait qu'il est malade, c'est accepté en tout et pour tout par la future et sa famille, toute la situation étant dominée par une question de sentiment dûment raisonnée. Doit-on mettre empêchement, moral s'entend, à ce mariage ? A notre avis, non. Dans cette *union de raison* le malade sera beaucoup mieux soigné que s'il reste célibataire, et il aura plus de chances de guérir ; sachant bien sa maladie et son hygiène nécessaire, il se gardera bien de manquer à ses pratiques de traitement et y soumettra plutôt sa femme ; et, dûment averti par son médecin, il attendra des temps propices pour procréer, etc. ; et au-dessus de tout cela planera, favorable à sa cure et à sa guérison, un état psychique qui lui eût fait défaut si ce mariage n'avait pas eu lieu.

« Cela nous paraît non moins vrai quand il s'agit de deux tuberculeux dans les mêmes conditions qui veulent s'unir. Nous ne comptons plus les unions que nous avons vues se faire entre malades tout récemment guéris d'une attaque bacillaire, ou simplement en guérison apparente, mais que, de par leurs lésions antérieures et leur santé générale, on estimait devoir faire une belle guérison définitive, et nous n'avons pas eu une seule fois à regretter d'avoir laissé s'accomplir le mariage.

« Mais, nous le répétons, ces unions entre tuberculeux se font toujours dans des conditions de raisonnement mûri, de calme psychique et de situation sociale qui en assurent la réussite. Ajoutons que de façon générale les produits ultérieurs de ces unions n'ont rien à envier aux produits de la majorité des unions d'individus dits en bonne santé.

« A côté des cas qui précèdent, le médecin sera consulté encore au sujet d'un tuberculeux ou d'une tuberculeuse qui doit se marier, quoique les

lésions pulmonaires, graves par elles-mêmes et rendues graves par l'état général concomitant, ne laissent pas le moindre espoir de guérison. L'autre fiancé sait tout, il sait que le veuvage le guette à courte échéance ; peu importe, il veut épouser pour des motifs que le médecin n'a pas à apprécier. Évidemment celui-ci doit mettre son veto, pour le principe, en prévenant à fond le fiancé valide de la gravité du cas. Mais cette situation est généralement si bien dominée par des questions de sentiments ou autres, qu'il doit s'attendre à prêcher dans le désert. »

Le mariage des *cardiaques*, qu'il s'agisse de lésions acquises ou congénitales, est surtout affaire de cas particuliers : pour l'homme, qui n'a qu'une lésion orificielle, bien compensée, il faut surtout éviter les excès, soit sexuels, soit de fatigue physique ; si sa condition sociale lui permet d'éviter un travail manuel, le mariage, lune de miel à part, le préserve plutôt contre les occasions de prouesses génitales.

Pour la femme se pose la question de la grossesse et le pronostic est noirci par le verdict fameux de Michel Peter : « Pour la jeune fille atteinte de rétrécissement mitral, pas de mariage ; si elle est mariée, pas de grossesse. » La pratique a montré l'exagération de cette formule schématique. Si la lésion est peu accentuée, ou si le sujet est dans des conditions qui lui permettent une hygiène parfaite, la femme cardiopathe peut mener à bien une ou plusieurs grossesses. J'ai soigné même une batelière qui aidait son mari à pousser un chaland à la gaffe sur les canaux de Flandre ; elle était atteinte d'une légère hémoptysie ; j'appris qu'elle avait trois enfants et je ne constatai pas sans quelque surprise un rétrécissement mitral très nettement caractérisé. Notre devoir est néanmoins d'avertir les intéressés de la possibilité d'accidents gravido-cardiaques qui peuvent se manifester dès la première grossesse. L'insuffisance mitrale bien compensée, l'insuffisance aortique modérée sont peut-être moins exposées. La cyanose ne permet guère la longévité. Mieux vaut dissuader du mariage les sujets porteurs de malformations congénitales, qui sont exposés à engendrer des enfants tarés eux-mêmes de façon ou d'autre.

Pour les *syphilitiques* il était classique depuis les travaux d'Alf. Fournier de ne permettre le mariage que quatre ans au moins après l'accident primitif, à la condition que les traitements mercuriel et ioduré eussent été régulièrement suivis pendant cette période et qu'aucun accident n'eût été observé depuis deux ans ; ce qui portait parfois à six ans les délais considérés comme nécessaires.

Depuis ces conclusions classiques bien des travaux sont survenus. Les uns ont étendu de plus en plus le domaine de la syphilis tertiaire, lui rattachant nombre de lésions viscérales et nerveuses tardives et d'accidents héréditaires, si bien que, par crainte de lointaines séquelles, certains méde-

cins et beaucoup de malades ont admis l'inaptitude absolue et définitive au mariage de tout syphilitique.

Par contre, les résultats thérapeutiques remarquables obtenus grâce à l'introduction des arsenicaux dans le traitement ont amené certains syphiligraphes à réclamer pour les syphilitiques, qui ont été traités dès l'apparition du chancre par la méthode intensive, chez lesquels on n'a pas vu apparaître d'accidents secondaires et chez qui la réaction de Wassermann dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien est négative, le droit au mariage quelques mois à peine après la constatation de l'accident primitif. Louis Brocq, avec sa vaste expérience et son remarquable sens critique, formule des conclusions intermédiaires qui nous paraissent fort sages.

D'une part, si l'on ne doit pas permettre le mariage aux anciens syphilitiques tarés, à ceux qui ont des symptômes de tabès ou de paralysie générale au début, à ceux qui ont de l'albuminurie persistante, à ceux qui ont des affections de l'aorte et des vaisseaux, à ceux qui ont de la leucoplasie et qui ne veulent pas cesser de fumer, à ceux qui ont été incomplètement soignés et qui ne veulent pas s'astreindre à suivre un traitement suffisant avant leur mariage, on n'est pas autorisé, médicalement parlant, à refuser aux autres la permission de se marier.

D'autre part, quand le traitement le plus intensif possible a été institué dès le début, 2 à 3 grammes de salvarsan ou 3 à 4 grammes de néosalvarsan dans une première série, si une surveillance attentive n'a révélé aucun accident, si les Wassermann du sang et du liquide rachidien ont toujours été négatifs, on peut permettre le mariage au bout de deux ans. Il est d'ailleurs plus prudent de continuer le traitement pendant un an et d'attendre encore deux ans d'observation; plus prudent encore de faire des cures intensives la première année, assez intensives la seconde, très intermittentes la troisième et la quatrième.

Nous pensons aussi qu'à l'emploi de l'arsénobenzol ou des autres arsénicaux intensifs dans la première année, il reste sage de faire succéder quelques cures mercurielles et même iodurées.

L'*hérédo-syphilis* soulève aussi des questions délicates, que vient de résumer M. Jean Bobrie (1).

Les hérédo-dystrophiques, qui n'ont que des malformations, parce qu'ils sont nés de parents atteints au moment de leur conception de très vieilles syphilis, surtout si le père seul était syphilitique, si la mère n'a jamais été infectée, et dont le Wassermann est négatif, peuvent se marier sans conditions.

Les jeunes gens hérédo-syphilitiques qui ont eu à la naissance des acci-

(1) *Journal des Praticiens*, 1913.

dents contagieux, ayant un Wassermann négatif ou faiblement positif, puisque leur infection date d'au moins vingt ans, peuvent se marier, mais doivent être prévenus des dystrophies possibles de leur descendance, et engagés à faire avant leur mariage quelques cures hydrargyriques, comme à faire subir à leur future femme, au cours de sa grossesse, un traitement discret de précaution. — Ceux qui ont encore un Wassermann franchement positif sont en pratique assimilables aux syphilitiques ordinaires.

Les jeunes filles hérédo-syphilitique, même à Wassermann négatif, sont exposées, quoique très exceptionnellement, à donner naissance à un enfant contagionné par « réactivation de tréponèmes, même très vieillis et très peu virulents, à leur passage à travers un placenta plus ou moins altéré par la toxine syphilitique, dans cet organisme neuf à vitalité cellulaire si puissante qu'est le fœtus ». Le mari serait alors amené à croire ou qu'il n'est pas le père ou que sa femme l'a trompé et a acquis alors la syphilis; d'où divorce ou enfer matrimonial. Ainsi ces jeunes filles syphilitiques d'hérédité devraient renoncer au mariage ou être traitées comme les syphilitiques ordinaires. Dans plusieurs cas de ma pratique personnelle j'ai fait suivre à ces jeunes filles avant le mariage et pendant la grossesse des traitements de précaution et les produits ont été normaux ou faiblement dystrophiés. Il avait fallu nécessairement expliquer le cas au mari, comme j'ai toujours conseillé aux parents de le faire.

Nous pouvons être consultés par une personne paraissant saine, mais ayant depuis peu des rapports sexuels avec un syphilitique porteur de lésions contagieuses. Faut-il lui conseiller un *traitement arsenical intraveineux en vue de faire avorter une syphilis très probable* ou simplement possible? Brocq avait posé la question (1). Louis Fournier, l'excellent syphiligraphe de l'hôpital Cochin, vient d'y répondre affirmativement en publiant qu'ayant ainsi traité 40 femmes dans ces conditions (rapports sexuels de quelques jours à trois semaines auparavant), il n'a vu apparaître chez elles aucun accident syphilitique au bout de deux et trois ans, le Wassermann restant négatif, tandis que 5 autres, dans les mêmes conditions, ayant refusé le traitement, furent atteintes de syphilis dans les délais normaux.

Le conseil est naturellement applicable à toute personne ayant été exposée par une blessure accidentelle ou professionnelle à s'inoculer le tréponème (2).

Si on nous consulte souvent au sujet de la syphilis, on le fait malheureusement beaucoup moins à propos de la *blennorragie*.

(1) *Bulletin médical*, 27 janvier 1917.
(2) L. Fournier et L. Guenot. *Presse médicale*, 1er octobre 1919.

Combien d'hommes se marient sans se soucier de la goutte « militaire », qui vaudra à leur femme une métrosalpingite gonococcique avec ses conséquences lointaines possibles, l'ablation des annexes ! La plupart d'entre eux ignorent d'ailleurs l'importance de ce suintement urétral jugé insignifiant ; c'est à nous d'avertir nos clients en instance de mariage qu'ils doivent se faire examiner et guérir définitivement, si possible.

L'habile vénéréologue qu'était mon regretté ami Louis Jullien formulait les conseils suivants : consulté avant tout projet de mariage, le médecin qui constate une goutte contenant des gonocoques doit l'interdire, bien entendu, et après le traitement s'assurer de la guérison par la cure d'épreuve (vin, bière, alcool). Si l'écoulement ne contient pas de gonocoques, mais des leucocytes, il faut interdire le mariage jusqu'à observation plus prolongée et traitement suffisant; un suintement purement muqueux justifie l'autorisation.

Si le jour du mariage était fixé, obtenir un délai de quinze à vingt jours, sous prétexte de voyage, entorse ou fracture; faire le traitement intensif; essayer l'abortion : nitrate d'argent 1/20e, lavages au permanganate 0,20 à 0,50 p. 1,000, sublimé 0,05 à 0,20 p. 1,000; vérifier avec soin la disparition des gonocoques et des leucocytes avant d'autoriser le coït.

Si on est consulté sur la possibilité d'avoir des enfants après une ancienne orchite ayant laissé un noyau unilatéral funiculaire caudal ou limité à la tête de l'épididyme, il y a présomption de fécondation possible; en cas de séquelle bilatérale, il faut rechercher les spermatozoïdes. De même en cas de monorchidie avec épididymite de l'autre testicule, la cryptorchidie bilatérale étant généralement inféconde.

Quand on est consulté par un inconnu qui demande s'il peut se marier et présente un flacon ou des morceaux de linge découpé pour savoir si nous y trouverons des spermatozoïdes, le consultant est un homme infécond dont la femme est enceinte (Langlebert); il faut savoir peser sa réponse, car elle peut avoir pour résultat un procès en divorce ou même un assassinat.

Parmi les tares familiales qui justifient le plus le célibat nous plaçons les *maladies mentales,* surtout quand il en existe des cas dans les deux ascendances. Et pourtant Lasègue disait qu'à sa connaissance les familles d'aliénés semblent avoir une attraction réciproque, et c'est peut-être la meilleure défense sociale, puisque ces croisements aboutissent d'ordinaire à la stérilité des ménages.

Nous considérons aussi comme devant être évités les *épileptiques,* qui engendrent assez souvent des enfants dystrophiés ; — les *grands psychasthéniques*, qui rendent la vie insupportable à leur entourage.

Nous croyons même que les grands diabétiques, les sujets présentant

une néphrite chronique devraient renoncer au mariage, étant voués à une fin prématurée ; pour les femmes ayant ces affections, les grossesses sont très dangereuses. Mais les albuminuries passagères, surtout l'albuminurie intermittente cyclique des adolescents, ne sont pas des tares dont il faille s'embarrasser.

L'*aménorrhée habituelle* chez la jeune fille est une condition médicalement rédhibitoire, soit qu'elle soit symptomatique d'une tuberculose commençante, soit à cause de la stérilité probable.

Quant à l'impuissance masculine, il n'est pas vraisemblable que le médecin soit consulté à son sujet. L'homme qui, se sachant impuissant, recherche un mariage, le fait par intérêt pécuniaire au risque d'un scandale possible et ne demande pas d'avis.

En revanche, j'ai été consulté deux fois par des hommes qui, ayant été atteints d'orchite bilatérale, ne présentaient pas de spermatozoïdes. Je leur avais naturellement conseillé de s'abstenir ou d'avertir leur future compagne qu'ils ne pourraient avoir d'enfants ; l'un d'eux n'a pas suivi mon conseil et, une fois marié, m'a conservé comme médecin : sa jeune femme, qui désirait beaucoup un enfant, m'a souvent consulté sur les causes de sa stérilité et, non satisfaite des cures thermales que je lui prescrivais pour lui faire prendre patience, s'est mise entre les mains de plusieurs spécialistes et rendit assez malheureux, je crois, le mari qui méritait son sort. Qu'aurait-il dit si une grossesse était survenue ?

On nous demande quelquefois si on peut entrer sans crainte dans une famille où les *cancers* ont été fréquents : il est difficile de donner d'autres réponse que celle-ci : les statistiques les plus considérables n'ont pu encore trancher les questions relatives à la prédisposition héréditaire et aux autres problèmes pathogéniques au sujet des néoplasmes.

L'*alcoolisme,* attesté par des signes accentués, devrait être considéré comme rédhibitoire et nous devons dissuader une femme d'épouser un prétendant qui sera presque sûrement un mauvais mari et le procréateur d'enfants tarés.

Parmi les conseils à donner relativement au mariage, il faut rappeler que la *procréation en état d'ivresse* et même *de demi-intoxication* expose un ménage à avoir un enfant mal conformé, taré physiquement ou psychiquement.

Il y a encore certains conseils qu'on ne nous demande pas, mais que nous ferons bien de donner à l'occasion : ainsi de *faire opérer avant de la marier une jeune fille atteinte d'appendicite chronique,* puisque nous savons combien la grossesse en aggrave le pronostic.

§ 3. — CONSEILS RELATIFS A L'HYGIÈNE, A L'ÉDUCATION DES ENFANTS, AU CHOIX DES PROFESSIONS

Notre rôle de conseiller des familles, quand nous le prenons au sérieux, doit d'ailleurs nous imposer assez souvent l'initiative d'ouvrir les yeux de nos clients sur certaines circonstances fâcheuses de leur hygiène personnelles ou de celle qu'ils tolèrent chez leurs enfants. Bien entendu, c'est toujours avec tact et prudence, en tirant occasion d'une indisposition jugée insignifiante par eux, que nous pouvons assumer la tâche ingrate d'éclairer des yeux aveuglés.

Je vise l'intempérance dans l'usage des vins et des liqueurs, qui n'est pas l'alcoolisme, mais qui y mène ; l'habitude des apéritifs ; — une alimentation trop riche en azote et en excitants qui favorise la goutte ; — l'abus du tabac à partir de l'âge où les artères s'indurent ; — chez les femmes, les abus de thé, de gâteaux et de bonbons. Nous devons attirer l'attention sur ces erreurs, — bien qu'elles aient pour résultat d'augmenter nos honoraires.

Aux vieillards qui ne veulent pas renoncer aux plaisirs de l'amour, nous citerons la statistique inquiétante pour eux qu'a publiée Armaingaud (*Les Amours des vieillards,* Académie de Médecine, 1919) ; mais nous rencontrerons plus d'un baron Hulot qui se rira de nos conseils.

Quant aux enfants, dont les parents ne surveillent pas assez l'alimentation, les jeux ou les études et que nous voyons pâtir de ce défaut de sollicitude ou d'une excessive indulgence, nous devons nous instituer leurs défenseurs en indiquant en quoi leur éducation est défectueuse. Sans parler des fautes contre l'hygiène alimentaire à tous les âges, nous pouvons dépister des habitudes d'onanisme, des scolioses commençantes, des insuffisances de glandes endocrines, les albuminuries intermittentes, le défaut d'exercice, parfois des excès de travail, surveiller l'apparition de la puberté et, avec l'autorisation des parents, commencer discrètement *l'initiation sexuelle* des adolescents pour les prémunir contre les maladies vénériennes prématurées.

J'ai cherché à mettre en lumière *la part qui revient au médecin dans l'éducation et dans l'instruction* (1), comme l'avait déjà dit Maurice de Fleury dans son charmant livre sur *Le corps et l'âme de l'enfant.*

Quand nous avons inspiré la confiance par les preuves de notre intérêt dévoué, il arrive qu'on nous consulte sur le *choix des professions* comme en vue des mariages, et nous pouvons souvent rendre d'appréciables services avec la connaissance acquise des aptitudes physiques et intellectuelles d'enfants dont nous avons suivi l'évolution. C'est le couronnement de la puériculture.

(1) *Revue d'obst. et de pœdiatrie,* 1901.

CHAPITRE XIII

Le médecin et la mort.

§ 1. — LE MÉDECIN AUPRÈS DES MOURANTS. — PAS DE PROSÉLYTISME. — LES TESTAMENTS : NOTRE INCAPACITÉ LÉGALE A RECEVOIR DES LEGS DES MOURANTS. — BULLETINS DE SANTÉ. — L'AGONIE. — LES DERNIERS SOINS.

Notre nom est si bien associé à celui de la Camarde qu'un écrivain, qui fut des nôtres avant de nous renier et de nous poursuivre de ses sarcasmes, nous a baptisés d'un nom qui nous est resté, les *morticoles*. Acceptons-le et prenons-le en bonne part.

Tous nos actes professionnels gravitent autour de ce but : retarder, pour les autres hommes, l'heure de la mort, puis les aider à mourir avec le moins possible de souffrances physiques et morales.

Si nous ne cultivons pas la mort, nous devons du moins vivre en perpétuelle intimité avec elle.

Les étudiants viennent à peine de mettre les pieds dans un hôpital qu'ils sont d'abord frappés par le spectacle de la mort sous les aspects les plus saisissants : l'agonie, le cadavre, l'autopsie. Suivant leur tempérament, leur éducation antérieure, ils en sont plus ou moins affectés : on en voit quelques-uns, bien peu, dont la sensibilité ne peut s'y accoutumer et qui ne peuvent continuer leurs études. Le plus grand nombre, rapidement conquis par l'intérêt de l'étude des maladies, cessent bientôt de faire attention aux décès qui se produisent dans les salles.

Pour ceux qui ne suivent que la visite du matin, la mort ne se traduit que par un lit devenu vide, ou dont l'hôte a changé depuis la veille (car les lits ne restent pas longtemps vides dans nos services si encombrés) ; tantôt par une forme rigide se dessinant sous les draps, en attendant l'arrivée des garçons de salle qui emporteront le cadavre sur le brancard à couvercle, dont l'entrée dans nos salles cause toujours un malaise inévi-

table. De temps en temps nous passons auprès d'un lit où agonise une pauvre créature qui a perdu tout sentiment, et nous évitons quelquefois de nous y arrêter, — non par indifférence, comme pourraient le croire des gens mal instruits de notre caractère, — mais parce que nous cherchons à ne pas attirer sur ce triste spectacle l'attention des malades des lits voisins.

Les internes, ceux du moins qui vivent dans l'hôpital, sont déjà plus souvent appelés pendant leurs gardes à suivre de plus près certaines agonies; mais ils ne peuvent pas encore se rendre compte des difficultés multiples qui les attendent dans leur clientèle future au chevet des mourants.

Quelle conduite tenir à l'approche de la mort d'un de nos clients?

Toute notre conduite doit être dictée par l'intérêt du malade, dont nous devons nous considérer comme l'ami dévoué et désintéressé. Il y a des malades nombreux qu'obsède sans cause réelle la crainte de la mort. Les uns sont des névropathes, des phobiques : la meilleure manière de les rassurer, ce n'est pas de traiter de prime abord leurs craintes de chimériques; il faut les examiner assez complètement pour leur donner l'impression que rien n'a été négligé dans leur examen; à ce moment-là une affirmation énergique avec explications justificatives réussit le plus souvent à leur rendre le calme, du moins pour un certain temps. Il faut malheureusement recommencer la même manœuvre, presque à chaque consultation. Sinon, l'obsédé ira chercher auprès d'un autre médecin l'examen rassurant qu'il réclame et que vous aurez renoncé à lui faire

D'autres obsédés par la crainte de la mort sont des vieillards encore pourvus de toute leur intelligence et qui logiquement, d'année en année, déplorent le rétrécissement de la « Peau de chagrin » qu'est la vie, pour employer une allusion au célèbre roman de Balzac. A ceux-là il faut citer souvent les noms de personnes plus âgées bien portantes et rappeler le souvenir des centenaires célèbres.

Quand votre client est réellement en danger, à son insu et à celui de sa famille, vous devez ouvrir les yeux à celle-ci avec tous les ménagements convenables, en choisissant pour confidente la personne la mieux pondérée.

Si le malade inquiet vous questionne sur la gravité de sa situation, vous baserez votre réponse sur la connaissance de son caractère et de ses opinions. Nos opinions personnelles ne doivent jamais entrer en jeu; un médecin digne de ce nom doit *toujours se placer au point de vue particulier des intérêts moraux et matériels de chaque malade.*

La formule de réponse la moins mauvaise est à peu près celle-ci : « Vous n'êtes pas en grand danger; néanmoins votre situation est sérieuse, et il est utile que vous disposiez de toute votre énergie pour triompher de la

maladie. L'observation a montré qu'un malade est d'autant plus résistant qu'il a moins d'inquiétudes au sujet de ses intérêts matériels et moraux ; c'est toujours une sage mesure de mettre en ordre ses affaires au temporel et au spirituel. »

Une telle phrase suffit à sauvegarder les plus respectables intérêts. C'est pourquoi je ne puis croire qu'il se soit trouvé un médecin pour tenir la conduite attribuée au médecin de Balzac par O. Mirbeau : « Le matin de la mort de Balzac, Nacquart (son médecin) resta plus d'une heure au chevet de son ami. Balzac étouffait. Pourtant, entre ses étouffements, il put demander à Nacquart : « Dites-moi la vérité... Où en suis-je? » Nacquart hésita... Enfin il répondit : « Vous avez l'âme forte... je vais vous dire la vérité... : *Vous êtes perdu !* » Balzac eut une légère crispation de la face ; ses doigts égratignèrent la toile du drap. Il fit simplement : « Ah !... » puis un peu après : « Quand dois-je mourir? » Les yeux pleins de larmes, le médecin répondit : « Vous ne passerez peut-être pas la nuit », et ils se turent.

Tout à coup, Balzac regarda longuement Nacquart et fit, dans l'intervalle de ses halètements : « Ah ! oui... je sais... il me faudrait Bianchon... Il me faudrait Bianchon... Bianchon me sauverait, lui ! »

S'il faut ajouter foi à ce récit, curieuse est, au point de vue psychologique et littéraire, la dernière parole du romancier, pour qui les créations de son génie sont devenues des réalités vivantes. Tout lecteur de la *Comédie Humaine* sait qu'Horace Bianchon, qui paraît dans plusieurs de ses romans, était le type idéal du parfait médecin tel que Balzac l'avait conçu.

Les mesures que peut prendre un homme en danger de mort sont, en général, de faire son testament, — d'accomplir les devoirs que sa religion lui dicte — et quelquefois de contracter un mariage *in extremis* ou de reconnaître des enfants naturels. Tous ces actes nécessitant la persistance de la lucidité, il convient donc de ne pas attendre trop tard pour avertir les proches ou le malade indirectement.

Au point de vue religieux, je ne puis approuver qu'un médecin fasse œuvre de prosélytisme au chevet des mourants ; je ne puis admettre non plus qu'il laisse voir du scepticisme ou du dédain pour des sentiments qui ne sont pas les siens.

Au point de vue des intérêts matériels, la situation du médecin qui soigne un riche dont la mort est proche est parfois très délicate, s'il veut conserver intacte sa réputation d'indépendance et de correction professionnelle. Il peut arriver qu'on cherche à exploiter l'influence qu'on lui suppose sur le malade pour lui glisser des *suggestions testamentaires.*

Cette influence n'est pas contestable dans certaines circonstances et, reconnue depuis des siècles, elle a eu pour conséquence la décision des

législateurs de proclamer l'incapacité des médecins à recevoir des dons ou legs « parce que l'empire qu'ils exercent sur le malade pourrait enlever à celui-ci sa liberté morale ». L'article 909 du Code civil dit que « les docteurs en médecine ou en chirurgie qui auront traité une personne pendant la maladie dont elle meurt ne pourront profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires qu'elle aura faites en leur faveur pendant le cours de cette maladie ».

Il n'est pas inutile que vous sachiez quelles interprétations la jurisprudence a fixées au sujet de cette loi ; les médecins ignorent trop souvent ce qui les concerne dans nos codes. — La prohibition s'étend même aux cas où la multiplicité des legs faits à d'autres personnes pourrait donner à penser que le défunt n'a pas favorisé son médecin plus qu'une autre personne. — La loi ne s'applique pas aux médecins qui ne sont appelés qu'en consultation et qui n'ont pas suivi le malade. — Les soins donnés à un malade pendant sa dernière maladie n'invalident pas des dispositions testamentaires ou une donation faite antérieurement. — Si le malade meurt non de la maladie pour laquelle son médecin le soigne, mais par cas fortuit, par exemple dans un incendie, ou s'il revient à la santé, la libéralité faite au médecin demeure valable, même si c'est encore lui qui soigne le testateur dans une maladie, cette fois mortelle.

Il y a certaines exceptions au principe de l'incapacité : sont permises des libéralités rémunératoires et à titre particulier, les tribunaux étant juges du caractère rémunératoire et pouvant réduire la quotité suivant la fortune du disposant, la nature et la durée de la maladie, la position du médecin, mais non l'annuler. En général, cette libéralité est d'ailleurs exclusive des honoraires. — Des libéralités, même à titre universel, sont autorisées lorsque le médecin est parent collatéral au moins au 4e degré et qu'il n'y a pas d'héritiers, ou, s'il y en a, lorsque le médecin est un d'entre eux.

Vis-à-vis de sa femme, l'incapacité du médecin disparaît quand il lui prodigue ses soins, parce qu'il agit plus en époux qu'en médecin. On a pourtant annulé, en 1878, une donation faite, par contrat de mariage, par une jeune femme malade que son médecin avait épousée alors qu'elle ne pouvait quitter son lit, uniquement pour échapper à la prohibition légale. L'article 911 annule les libéralités faites sous le voile d'un contrat onéreux ou sous le nom d'une personne interposée ; il y a présomption d'interposition contre les père, mère, épouse et descendants du médecin, sauf si l'époux est cousin germain du testateur, c'est-à-dire parent au 4e degré.

L'action en nullité que les héritiers peuvent exercer contre le legs fait à un médecin se prescrit par dix ans.

Des esprits généreux se sont indignés qu'on ait édicté cette incapacité

contre le médecin, et un confrère député, le docteur Delarue, a déposé, en 1902, une proposition d'abrogation de l'article 909. Je ne sais si elle a été représentée aux législatures ultérieures.

En général, dans les derniers temps de la vie d'un malade, le médecin doit résister à toute manœuvre ayant pour but de le faire suspecter de motifs intéressés : ne pas servir, par exemple, d'intermédiaire entre le malade et des personnes avec lesquelles il est dans l'impossibilité de communiquer par suite de convenances sociales (une maîtresse, des enfants naturels). Si je risque cette recommandation, qui peut paraître déplacée, c'est pour prévenir certains entraînements, explicables par une tendance généreuse ou chevaleresque chez de jeunes médecins, mais qui peuvent les conduire, soit à se faire mal juger, soit à causer, sans le vouloir, plus de mal que de bien.

Les proches d'un malade demandent souvent au médecin s'il peut prévoir l'époque de la mort de son client. Cette question ne comporte que des réponses très vagues et très approximatives. J'ai déjà réuni dans le chapitre VIII les éléments du problème. Il est bon de rappeler qu'Hippocrate a dit que le pronostic est ce qu'il y a de plus difficile. Qu'il s'agisse de maladies aiguës ou chroniques, dans beaucoup de cas nos prévisions sont souvent démenties par les événements.

On ne doit pas oublier notamment que certains chroniques qui paraissaient arriver à la limite de leur résistance, s'ils sont soumis à l'action de la morphine en injections sous-cutanées sagement graduées, peuvent avoir une survie d'une durée surprenante. Parmi les symptômes qui peuvent être utilisés comme avertisseurs d'une fin prochaine, on peut citer, suivant les cas, dans les maladies aiguës, l'accélération extrême du pouls avec abaissement rapide de la température, la voix cassée ou l'aphonie, les sueurs froides, le refroidissement des extrémités, la cyanose, la carphologie ; — dans les maladies chroniques, l'apparition d'une phlegmatia, la respiration de Cheyne-Stokes, l'œdème bilatéral des pieds en dehors des affections cardiaques. Ce dernier signe est souvent connu des malades qui s'en inquiètent ; si on veut les rassurer, ce n'est pas en niant le fait qu'on y parviendra, mais en leur fournissant quelque explication vraisemblable.

L'étudiant placé par un de ses maîtres auprès d'un malade devra faire preuve d'une grande réserve, il sera toujours pressé de questions par l'entourage et ne saurait trop peser chaque mot de ses réponses.

Si vous soignez un malade dont la notoriété oblige à fournir, suivant un bien regrettable usage, des *Bulletins de santé* destinés à être communiqués à la presse, pesez-en soigneusement les termes et faites-les aussi vagues que possible, et surtout sans formuler de diagnostic. Il est arrivé qu'un malade encore lucide a su, en jetant les yeux sur un journal,

ce qu'on eût voulu lui cacher. Ne vous exposez pas non plus à paraître désireux d'occuper l'attention publique par des bulletins sensationnels.

L'*agonie* a commencé, différente suivant les maladies, et d'une durée très variable, de quelques minutes à vingt ou trente heures. Pendant ce temps, s'il y a des douleurs, votre devoir est de les adoucir autant que possible, sans cependant hâter volontairement la fin, malgré les instances qui parfois vous seront adressées. Quelquefois il y a un grand intérêt moral ou pécuniaire à ce que la vie soit prolongée aussi longtemps que possible (retour de proches anxieusement attendus, date rigoureuse pour la validité d'une assurance ou d'un contrat, etc.), et vous serez plus instamment encore conjuré de retarder de tout votre pouvoir l'heure suprême; vous vous ingénierez à mettre en œuvre tous les stimulants : strychnine, sérums, caféine, huile camphrée, éther, oxygène.

Dans certains cas vous aurez à *assurer la tranquillité ou le respect de l'agonisant*. — tantôt contre des proches trop prompts à laisser voir qu'ils ont perdu tout espoir et à se laisser entraîner à des manifestations trop bruyantes ou trop dramatiques, — tantôt contre des héritiers sans scrupule ou des serviteurs cyniques, si le moribond est dénué de parents proches ou d'amis.

Dans les milieux pauvres, chez les paysans, le médecin n'est pas en général sollicité de revenir souvent à partir du moment où il a déclaré qu'il n'y avait plus d'espoir. Mais, dans les milieux riches, l'entourage exprime souvent le désir que le médecin reste au chevet du moribond jusqu'à la fin; vous le ferez toutes les fois que vous le pourrez. Vous suivrez de minute en minute les dernières péripéties, les doigts sur le pouls, et guettant le dernier soupir, vous efforçant de dérober le plus possible aux personnes les plus proches et les plus impressionnables, femmes et enfants, le triste spectacle des affres de l'être aimé.

Quand vous êtes bien certain que la respiration est arrêtée définitivement et que le cœur ne bat plus, abaissez doucement les paupières qui seront restées levées, et avertissez avec les plus grands ménagements l'entourage.

Si on ne cherche pas à vous retenir, vous vous retirez discrètement après quelques paroles affectueuses ou un cordial serrement de main. Mais bien souvent vous aurez à donner aussitôt des soins et des consolations à une femme ou à une fille en proie à une crise nerveuse.

Dans certains cas l'entourage, étant inexpérimenté, réclamera votre concours pour diriger la toilette mortuaire et placer la mentonnière qui empêchera le maxillaire de s'abaisser, et c'est un service que vous vous empresserez de rendre.

Si vous n'avez pas assisté à la mort, dès qu'elle vous est annoncée, faites une visite de condoléances ou écrivez une lettre simple et cordiale, sans

allusion en général à la marche de la maladie et surtout sans paraître vous disculper de n'avoir pu empêcher un dénouement inévitable.

§ 2. — LA MORT AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL ET PROFESSIONNEL. — CRITÉRIUMS DE LA MORT RÉELLE. — MOYENS DE COMBATTRE LA MORT APPARENTE. — MORTS SUBITES. — AUTOPSIES. — DU FŒTICIDE. — COMPLICITÉ DE SUICIDE. — EUTHANASIE.

En dehors des signes classiques, notamment de la putréfaction, le seul indiscutable de la mort réelle, on en a indiqué d'autres qu'il est utile de connaître. Ce sont d'abord les injections sous-cutanées ou intra-veineuses de fluorescéine : si le sujet est encore vivant, cette injection provoque immédiatement une coloration jaune-vert intense des téguments, et surtout de la conjonctive, qui peut faire apparaître le globe oculaire comme une émeraude enchâssée dans l'orbite. Cette coloration n'est possible que si la circulation persiste d'une manière au moins latente. On se sert, pour cette épreuve, d'une solution ainsi composée :

Fluorescéine.	10 grammes
Carbonate de soude	15 —
Eau distillée.	50 cc.

Dose : 5 à 6 cc. de cette solution pour une injection.

Icard, l'auteur de ce procédé, a également recommandé un autre signe, basé sur la production des gaz sulfurés dans le poumon, avant la tache verte de l'abdomen. Si on place dans les narines ou devant la bouche du sujet un papier imbibé d'une solution d'acétate de plomb, celui-ci noircit. Icard conseille d'écrire avec la solution ces simples mots : « Je suis mort. » Il en résulte, dit-il, un certificat de décès automatique. On peut employer de la même façon les sels d'argent, qui ont également la propriété de noircir par l'hydrogène sulfuré. On pourrait même quelquefois se servir de pièces de monnaie en argent.

Le procédé de Brissemoret et Ambard consiste à ponctionner la rate ou le foie. On a constaté que la pulpe de ces viscères, qui est alcaline à l'état normal, s'acidifie rapidement, si bien qu'un quart d'heure ou une demi-heure après la mort, la pulpe ramenée par une ponction capillaire rougit déjà le papier de tournesol.

On peut encore utiliser le procédé de la forcipressure. Si, sur un sujet supposé décédé, on saisit, entre les mors d'une pince à forcipressure, un pli cutané et si l'on serre à fond l'instrument, on constate, au bout de cinq à six minutes de compression, la formation d'une encoche profonde que sépare en deux une mince cloison de tissu. On trouve dans cette région les sillons du mors imprimés de façon intense et la compression exercée par

l'instrument a été tellement puissante que si l'on éclaire d'un côté l'endroit ainsi comprimé, la lumière est visible par transparence. Icard avait même imaginé de fabriquer une pince spéciale, dont l'un des mors était muni d'une pointe qui perforait les tissus et le trou ainsi fait laissait mieux encore passer la lumière. Ces phénomènes se produisent sur tous les corps, vivants ou non; mais, lorsque l'individu vit, ils disparaissent en quelques heures et progressivement. Peu à peu la circulation se rétablit dans la région meurtrie et, les tissus se remplissant, les empreintes s'effacent. Lorsque au contraire la mort est réelle, les lésions dues à la pince ne disparaissent plus. La peau se dessèche, devient parcheminée, les marques de l'instrument persistent, la lumière continue à passer et, si l'on a pratiqué un petit orifice au moyen de la pince spéciale, le rayon de la bougie le traverse sans encombre. Procédé facile à mettre en œuvre, d'une certitude absolue, ne laissant aucune trace si la vie n'est pas éteinte et qui a rendu, croyons-nous, de très grands services dans la constatation des décès pendant la guerre.

Icard a imaginé de combiner la recherche de l'acidité des tissus avec le procédé de la forcipressure. On applique une pince à forcipressure un peu forte, mais de modèle courant, de telle façon que le pli de la peau soit parallèle aux bords des mors et l'on serrera à fond l'instrument. Lorsque des gouttes de sérosité commenceront à apparaître sur les mors, on y trempera, sans enlever la pince, l'extrémité d'un petit morceau de papier de tournesol bleu sur lequel apparaîtront de larges taches qui, si elles ne sont pas très franchement rouges au début, le deviendront sûrement au bout de cinq à dix minutes au maximum. Ces gouttes de sérosité sont alcalines durant la vie, amphotères dans les premiers temps qui suivent le décès, nettement acides ensuite (1).

M. Vaillant a communiqué à l'Académie des sciences un procédé basé sur la radiographie : en cas de mort, on voit les anses intestinales se dessiner avec une grande netteté, alors qu'elles sont impossibles à bien délimiter sur le vivant.

Terson utilise des moyens mécaniques ou chimiques (scarification, cautérisation ignée, sulfate de cuivre, dionine), pour provoquer la rubéfaction de la conjonctivite, qui n'est pas réalisable deux heures après le décès, l'arrêt de la circulation étant définitif.

On comprend que la recherche d'un signe certain de la mort ait préoccupé de tout temps les médecins; car la crainte d'inhumations prématurées est très répandue. Les journaux publiaient encore il y a peu d'années le fait divers suivant : à la suite d'un accident de chemin de fer à la

(1) Société de pathologie comparée, 1919. — Henri Bouquet (*Le Monde médical*).

campagne, on trouva parmi les victimes une fillette qui passa pour morte, et elle allait être ensevelie, lorsque, dit le journal, elle revint à la vie et s'éveilla en souriant ! Il s'agissait vraisemblablement d'un état de commotion cérébrale et d'inhibition, qui avait échappé à un examen superficiel.

Le cas le plus célèbre de mort apparente a été relaté par le cardinal Donnet, qui lui-même fut victime de la méprise, à l'âge de 26 ans. Il a raconté les circonstances vraiment poignantes où il pensa être enterré vivant : il avait été pris soudainement en chaire, tandis qu'il prêchait, de perte de connaissance. Un médecin déclara la mort réelle et délivra le permis d'inhumer pour le lendemain. Le prétendu mort entendait parfaitement ce qui se passait autour de lui, sans pouvoir manifester par aucun signe la réalité de son existence. Ce fut la voix d'un ami qui le tira comme par miracle de sa léthargie.

Ces cas de syncope brusque de nature hystérique sont bien exceptionnels. Le plus souvent, vous aurez affaire à la mort apparente par asphyxie. Ceci s'observe pour les nouveau-nés, soit par pénétration dans les voies respiratoires de mucosités, de liquide amniotique ou même de méconium, à l'occasion d'accidents de dystocie, tels que rupture prématurée des membranes, travail prolongé, circulaires du cordon, etc. Il y a plusieurs procédés qu'on peut mettre en œuvre en pareil cas, et qui peuvent d'ailleurs s'appliquer à l'adulte, aux noyés, pendus, étranglés, etc., à la condition de ne pas être employés trop tard.

Le premier procédé consiste à exciter le réflexe respiratoire par des variations brusques de température, des aspersions alternatives d'eau chaude et froide, accompagnées de flagellation, de percussion et de tous les moyens capables d'éveiller les réflexes nerveux. Ces simples manœuvres suffisent, en effet, dans certains cas, à rappeler à la vie des sujets encore peu avancés dans l'asphyxie.

Mais, outre l'inhibition nerveuse, la pénétration de liquides, mucosités ou autres, dans les voies respiratoires étant le véritable obstacle au rétablissement de leurs fonctions, déjà Chaussier avait imaginé un tube qu'on introduisait dans le larynx et qui permettait d'insuffler l'air dans le poumon. Ribemont a perfectionné ce procédé ; son appareil, composé d'un cathéter et d'une poire aspirante et foulante, permet d'extraire les mucosités et d'insuffler l'air.

A défaut de tout instrument, on peut avoir recours au procédé de la respiration artificielle de Sylvester, consistant à élever les bras pour dilater la cage thoracique, puis à les ramener le long du corps en faisant appuyer en même temps, par un aide, sur la paroi thoracique : à la rigueur, un seul opérateur peut suffire.

Schultze a imaginé une modification applicable exclusivement aux

enfants nouveau-nés en état d'asphyxie ; il prend l'enfant sous les aisselles, les pouces étant placés à la partie intérieure et supérieure du thorax, tandis que les autres doigts embrassent la paroi thoracique, puis fait exécuter à l'enfant une culbute, ce mouvement déterminant une expiration forcée.

Le procédé de Laborde, les tractions rythmées de la langue, a donné également d'excellents résultats. Laborde pensait agir en provoquant un réflexe au niveau de la base de la langue. Just Lucas-Championnière, se basant sur les expériences de Mlle Braïlowsky, faites dans le laboratoire de Prévost, à Genève, a admis que cette méthode n'agit qu'en déterminant l'ouverture large de la glotte et conseillé de pratiquer simultament la respiration artificielle par le procédé de Sylvester. Quoi qu'il en soit de ces divergences, les tractions rythmées de Laborde ont réussi à sauver bien des gens en état d'asphyxie et de mort apparente. Il faut avoir la patience de continuer très longtemps la manœuvre en se faisant aider, puisque, dans certains cas, des personnes, noyées ou autres, n'ont pu être rappelées à la vie qu'au bout de trois heures d'application ininterrompue de cette méthode. En moyenne, il suffit de 30 à 40 minutes de tractions pour obtenir le résultat espéré.

Vérification des décès et secret professionnel. — Il existe, dans nos villes, des médecins spécialement chargés de la vérification des décès. Ces confrères doivent s'abstenir de critiquer le diagnostic du médecin traitant, en se bornant à constater la mort naturelle. Les certificats de décès portent l'indication de la cause de la mort. Ce renseignement est nécessaire pour la statistique. Il n'y a pas lieu de se retrancher, en pareil cas, derrière l'article 378 du Code pénal, relatif au secret professionnel. Mais il est bon, toutefois, que le nom de la maladie qui a causé la mort ne soit pas exposé à l'indiscrétion du personnel nombreux entre les mains duquel ce certificat doit passer. Aussi a-t-on proposé de représenter les maladies par des numéros conventionnels correspondants.

Morts subites. — La mort subite soulève des questions intéressant la médecine légale et la déontologie professionnelle. La cause doit en être soigneusement recherchée. A côtés des morts subites proprement dites (rupture d'anévrisme, apoplexie foudroyante), il faut placer les morts rapides, où l'agonie dure quelques heures, le sujet étant frappé en pleine santé. Il faut y rattacher les terminaisons insolites par leur brusquerie d'affections aiguës ou chroniques antérieurement diagnostiquées. Les causes variées de la mort subite ont été bien étudiées dans la thèse de mon interne Brelet, de Nantes (1906). Chez les enfants, les principales sont : les maladies infectieuses, fièvres éruptives, rougeole, scarlatine, diphtérie, hérédo-syphilis (par pneumonie interstitielle, thrombose du système porte

ou syphilis hépatique, ou myocardite). On peut observer la mort subite dans l'eczéma des nourrissons : cette éventualité, qu'il faut connaître, a été attribuée soit à une septicémie, soit à la suppression des fonctions cutanées. La mort rapide a encore été notée dans les affections digestives et rénales ; une lésion des capsules surrénales peut amener un syndrome apoplectiforme. Les maladies de l'appareil circulatoire (thromboses et embolies), du système nerveux, de l'appareil respiratoire, sont à incriminer dans certains cas.

On a vivement discuté le rôle de l'hypertrophie du thymus. Il peut y avoir compression de la trachée et des bronches, plus rarement du cœur ou des vaisseaux et exceptionnellement des nerfs, ou seulement hypertrophie générale du système lymphatique (état lymphatique de Paltauf) ; il s'agit alors de sujets gras, bouffis et à teint pâle, avec gros ganglions, grosse rate, présentant une prédisposition toute particulière au spasme de la glotte et à la tétanie ; ce sont en même temps des rachitiques. Il semble exister une relation entre l'hypertrophie du thymus et du système lymphatique et la réflectivité excessive du système nerveux.

Autopsies. — Il est exceptionnel que l'autopsie vous soit demandée par la famille du malade décédé. Le cas, cependant, se présente quelquefois, l'entourage désirant être éclairé d'une façon précise sur les causes réelles de la mort. Dans cette occurrence il ne s'agit pas d'oublier, avant de procéder à l'enquête *post mortem,* de se munir de l'autorisation du commissaire de police ou du maire.

Il serait certainement avantageux pour la science de vulgariser la pratique des autopsies qui, dans les hôpitaux même, deviennent de plus en plus difficiles, en raison des entraves apportées par les familles et par l'administration. Un regrettable oubli du respect dû aux morts, dont s'étaient rendus coupables de jeunes étudiants et surtout quelques garçons d'amphithéâtre alcooliques, a soulevé jadis un vif *tollé* dans la presse, et provoqué de la part du directeur de l'Assistance publique d'alors, pourtant médecin, Napias, une circulaire restrictive des progrès de l'anatomie pathologique.

La question du fœticide. — Un problème, au point de vue de la responsabilité médicale à l'égard de la mort, est soulevé par la pratique obstétricale.

Le médecin qui se trouve en présence d'une femme enceinte de plus de sept mois, agonisante ou morte, avec un fœtus vivant, reculera-t-il devant l'opération césarienne ou l'opération de Porro ? S'en laissera-t-il détourner par des proches, qui peuvent avoir intérêt à la mort de l'enfant ? — Non, dût-il risquer d'être poursuivi sous l'inculpation d'homicide involontaire et peut-être condamné, comme le laissait craindre Tardieu en 1861.

S'il est appelé près d'une femme en travail ne pouvant accoucher naturellement par suite d'un rétrécissement du bassin et juge que la symphyséotomie peut sauver la mere et l'enfant, quelqu'un a-t-il le droit de lui imposer, pour faire courir moins de danger à la mère, le sacrifice de l'enfant par embryotomie ou basiotribsie ? — M. Maxwell, un magistrat, concédait ce droit à la femme elle-même, au mari, aux parents de la femme (1). M. Pinard, qui, en rénovant la symphyséotomie, a montré qu'on peut, par cette opération, sauver l'enfant avec très peu de risque pour la mère, a répondu qu'au médecin seul appartient le domaine des indications opératoires. « En face d'un cas difficile, chaque fois que vous le pourrez, provoquez l'avis de vos confrères, afin de vous éclairer et de faire partager votre responsabilité. En cas d'urgence, livré à vos propres ressources, faites seul ce que vous dicteront votre science et votre conscience. Si l'on refuse l'intervention que vous jugez nécessaire et si l'on vous impose l'embryotomie sur l'enfant vivant, retirez-vous (2). » Ainsi le savant maître, s'appuyant sur le respect de la vie, qui est le devoir du médecin, se trouve d'accord, pour condamner le fœticide, avec le père jésuite américain Coppens, appuyé sur des motifs religieux (3).

Il arrive qu'on soit sollicité par des personnes qui ont des projets de suicide et redoutent les moyens à la portée de tous, de leur procurer un poison capable de les tuer le plus vite possible sans souffrance. Cette prière revêt parfois un caractère poignant de la part de gens âgés qui ont perdu tous les êtres chers et qui déclarent ne plus pouvoir supporter le fardeau de la vie. On entend invoquer le souvenir du poison que Napoléon aurait reçu, dit-on, d'un de ses médecins, qu'il portait dans le chaton d'une bague et dont il voulut se servir au moment de son abdication à Fontainebleau, mais qui ne réussit qu'à le rendre malade : les historiens supposent que le poison était trop ancien et affaibli ; on peut admettre que le médecin avait prudemment remis à son impérial client une substance peu toxique. Que la demande émane d'un simple mortel ou d'un candidat à l'immortalité, nous ne pouvons ni légalement bien entendu, ni moralement nous faire complice d'un suicide en en fournissant le moyen. Dans le serment d'Hippocrate on lit : « Je ne remettrai à personne du poison si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion. » Quand le Héros n'était encore que Bonaparte, il avait proposé d'achever par l'opium les pestiférés de Jaffa que l'armée devait abandonner, mais Desgenettes avait répondu : « Mon rôle est de conserver. »

(1) Maxwell. *De quelques cas de conscience.* Discours à la séance de rentrée de la Cour de Bordeaux (1901).

(2) A. Pinard. Du fœticide. *Semaine médicale*, 1901.

(3) Ch. Coppens, S. J. *Morale et Médecine.* Conférences de déontologie médicale, 1901.

Le médecin aurait-il le droit d'abréger la vie d'un malade qui réclame instamment qu'on mette un terme à ses souffrances? — Non, sans doute. On a parlé, à ce propos, de nommer une commission, composée de médecins et de magistrats, qui serait chargée de décider s'il y a lieu de répondre oui à cette quesiion. De telles propositions ressemblent singulièrement à une plaisanterie macabre, malgré le mot séduisant d'*euthanasie* dont on a prétendu colorer l'assassinat (1).

§ 3. — LA MORT DU MÉDECIN

Les moralistes et les sermonnaires ont souvent parlé de l'égalité de tous les hommes devant la mort; cette proposition ne peut s'entendre que de la nécessité de mourir. Mais combien sont inégales en souffrances les nombreuses modalités de la mort, qui le sait comme le médecin? Entre la foudroyante hémorragie cérébrale et les affres interminables de certaines cachexies tuberculeuses ou cancéreuses, quelle longue échelle de douleurs physiques et morales et, si dans le premier cas notre rôle se borne à vérifier le décès, combien dans tant d'autres il nous faut mettre en jeu de moyens moraux autant que médicamenteux pour adoucir les douleurs!

Cette partie de la tâche du médecin est la plus pénible, mais aussi la plus noble, celle où ne servent que peu les enseignements de l'école, et qui réclame la sympathie sincère et active pour l'homme souffrant, uniquement parce qu'il souffre, abstraction faite des qualités et des mérites de cet homme, de son rang social et des avantages que pourra nous valoir la reconnaissance par ses proches des soins que nous lui donnons.

Ce n'est guère dans les hôpitaux que l'étudiant peut s'initier aux multiples petits moyens qu'il est nécessaire de mettre en œuvre tour à tour pour satisfaire un patient qui n'en éprouve qu'un soulagement insuffisant et passager contre des maux sans cesse renaissants : c'est en s'inspirant de l'exemple de vieux confrères réputés pour leur habile pratique, c'est en fouillant les anciens formulaires autant que les plus récents, en recueillant même quelquefois certaines recettes qui ont cours parmi les infirmières professionnelles et dans les familles qui, ayant eu beaucoup de malades, ont acquis chèrement l'expérience, que le jeune praticien constituera peu à peu son arsenal personnel de petits moyens de soulagement; il n'en aura jamais trop, jamais assez.

(1) On lira avec intérêt sur cette question, dans la *Gazette médicale de Paris*, 18 février 1914, une étude fort bien faite du Dr Rodiet, médecin chef de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron. Elle a été traitée aussi par Guermonprez, Morache, Henri Bouquet (*Presse médicale*, 19 février 1914), F. Helme (*Le Temps*, 2 nov. 1913).

Mais ce que personne ne lui enseignera, s'il ne le trouve pas dans son cœur et dans sa conscience, ce sont les phrases, les mots, les intonnations et les gestes qui peuvent, quand les remèdes sont impuissants, remonter le moral, soutenir la patience, conserver l'espoir du malade, suivant son âge, son sexe, sa situation sociale, son degré de culture. Ceux d'entre nous qui ont la vocation de soulager et de consoler n'ont pas d'ailleurs attendu d'être praticiens pour s'y exercer; dès qu'ils ont été au chevet d'un malade ou d'un blessé à l'hôpital, il ont éprouvé le besoin de témoigner à ce « numéro », dont ils étaient chargés de recueillir l'observation, leur sympathie vive pour ses souffrances, leur ardent désir de le soulager; ils ne l'ont jamais quitté sans un mot d'espérance et un serrement de main cordial. Les étudiants qui auront commencé ainsi trouveront pendant leur carrière de praticiens, et sans les chercher, les paroles qui soutiennent et qui consolent; ils auront mérité de trouver eux-mêmes, quand ils seront couchés pour ne plus se relever, la sympathie et la cordialité d'un confrère.

Car le médecin meurt à son tour et n'a pas toujours la fortune de mourir subitement d'une balle au front en recueillant un blessé, ou d'un coup d'apoplexie en faisant son cours, ou d'une syncope cardiaque à la tribune d'une Académie; il connaît trop souvent la maladie lente qu'il sait incurable. Alors il est exposé à être plus malheureux que tous les malades qu'il a assistés en pareil cas, s'il ne se rencontre pas un confrère ami pour adoucir ses maux.

Du moins il puisera toujours sa consolation et son réconfort dans la solidité des convictions morales qu'il aura acquises au cours de sa vie. Bien mourir est un exemple que donnent la plupart des médecins, quelles que soient leurs croyances.

L'homme religieux et pratiquant tire sa force de sa foi dans l'au-delà; le philosophe déiste et convaincu de l'immortalité de son âme n'est guère moins réconforté; l'athée et le matérialiste appellent la fin de leurs souffrances avec l'anéantissement total de leur moi.

Le plus à plaindre est celui qui n'a pu trouver au cour de sa vie une solide assiette morale, quelle qu'en soit la base.

Tous ont été familiarisés avec l'idée de la mort par le spectacle incessant qu'ils en ont eu; elle doit les surprendre moins que la plupart des autres hommes, le prêtre excepté.

Mais celui-là sera toujours particulièrement réconforté dans les angoisses de sa fin qui pourra repasser dans sa mémoire beaucoup d'épisodes honorables de sa carrière et se réjouir d'avoir fait tout le bien qu'il pouvait faire dans l'exercice de sa profession.

CHAPITRE XIV

Des honoraires.

§ I. — GRAVITÉ DE LA CRISE MATÉRIELLE ET MORALE. — RÉFUTATION DU SOPHISME DE LA LÉGITIMITÉ DES BÉNÉFICES SECRETS. — CRITIQUE DES MODES DE RÉMUNÉRATION. — SOCIALISATION DE LA MÉDECINE. — REMÈDES POSSIBLES A LA CRISE.

Les conditions dans lesquelles ce livre paraît sont singulièrement troublantes pour qui entreprend de donner aux débutants dans la carrière un tableau qui ne soit pas décourageant et des conseils de tout repos.

La profession médicale traversait depuis nombre d'années déjà une période de difficultés matérielles résultant de causes multiples, parmi lesquelles le nombre excessif de ses membres au regard des besoins de la population et l'insuffisance des honoraires dont le taux n'avait pas suivi la progression ascendante de la cherté de la vie et des exigences du luxe. La gêne causée par l'encombrement et la concurrence avait comme corollaire un abaissement des caractères, une disposition de certains praticiens à accepter des combinaisons d'allure commerciale pour boucler leur budget ou assurer leur vieillesse contre l'indigence.

Il s'y joignait une aigreur et une jalousie croissantes contre « les heureux de la profession », c'est-à-dire ceux qui, par suite de leurs relations mondaines ou leurs situations officielles, ont conquis des clientèles largement rémunératrices.

Parmi « les malheureux », il est incontestable que certains devaient leur malheur à une insuffisante préparation professionnelle. Parmi « les heureux », la plupart de ceux que leurs confrères malheureux désignaient sous le nom d' « officiels » — en attachant à cette épithète un sens péjoratif inexplicable, — n'ont conquis leurs titres et les fonctions qu'ils occupent

que par plusieurs lustres de travaux et de concours, années pécuniairement improductives.

On a pu reprocher à quelques-uns des hauts dignitaires de la profession de ne s'être pas assez inquiétés des difficultés matérielles dans lesquelles se débattaient leurs confrères ; à quelques autres, de donner même le mauvais exemple de louches trafics.

Mais le fossé qui tendait à se creuser entre les deux groupes extrêmes a été souvent l'œuvre d'hommes intéressés à ameuter les malheureux contre les heureux, — parce qu'à la faveur de cette désunion ils cherchaient à légitimer ou à dissimuler leurs combinaisons personnelles.

Or voici que cinq années de dislocation du corps médical, de suspension d'exercice professionnel lucratif pour plus de la moiеié de ses membres vont avoir créé de plus grandes misères, non seulement interrompu les gains, mais accumulé les dettes. Quelle proie offerte à la tentation de chercher à regagner le temps et l'argent perdus, en acceptant d'autres moyens que l'exercice loyal et correct d'une profession d'un rendement pécuniaire déjà si médiocre!

Pendant plus de quatre ans, deux tiers, 16,000, des médecins français ont été mobilisés, parmi ceux-ci presque tous les jeunes praticiens et les étudiants en médecines. Pour les praticiens, cette longue suspension de leur profession a été une lourde perte, d'autant plus lourde que la majorité n'avaient que la solde de sous-lieutenant, tout à fait insuffisante pour assurer la subsistance de la femme et des enfants qui ont dû vivre sur les économies, le capital de la famille ou contracter des dettes.

Il est malheureusement à craindre que cette pénible situation ait pour conséquence une accélération du mouvement qui se dessinait depuis un certain temps dans une partie du corps médical vers la manière d'envisager les intérêts professionnels. Cette tendance était d'assimiler la profession médicale à un commerce, en renonçant aux avantages moraux qui s'attachent à une carrière libérale pour bénéficier des profits pécuniaires dont jouissent le commerce et l'industrie.

Quelques-uns soutenaient franchement la théorie de la commercialisation, se déclarant prêts à faire bon marché de la considération publique; mais la seule conséquence logique de cette théorie serait l'adoption de tous les procédés commerciaux : concurrence par le rabais, discussion et variation des prix suivant les variations de la demande, liberté de l'exercice de la médecine, utilisation de tous les procédés de publicité!

D'autres, plus nombreux, cherchaient à concilier l'intérêt matériel et les traditions de notre profession libérale, en conservant les apparences du désintéressement, mais en tirant profit secrètement des remises offertes par les commerçants en produits pharmaceutiques ou autres objets néces-

saires aux malades et prescrits par les médecins ; cette remise, quels que soient les artifices imaginés pour les qualifier d'un terme moins désagréable à entendre, n'a pas d'autre nom en bon français que celui de pot-de-vin.

Ces bénéfices sont-ils illicites ? — Sans nul doute. Le médecin n'est pas un intermédiaire avoué entre le malade et le fabricant de médicaments ou d'objets d'utilité thérapeutique ; il n'a donc pas un droit légal à tirer profit des objets vendus sur son conseil ; il n'est pas l'intermédiaire utile entre le consommateur et le producteur comme dans les échanges commerciaux. Or je ne sache pas qu'aucun des médecins qui ont bénéficié de ces remises ait jamais dit à ses clients : « Je ne vous prends que 5 ou 10 francs d'honoraires pour ma visite, mais, comme ce prix est insuffisant pour me faire vivre, je percevrai une part des bénéfices que le pharmacien ou le fabricant de médicaments ou le marchand de bandages feront en vous les vendant. » Car le client répondrait : « Vous avez donc intérêt à me prescrire le plus grand nombre possible de médicaments, ou les plus coûteux, pour augmenter votre bénéfice, qui n'est pas un bénéfice légitime, puisque je n'ai nullement besoin de vous pour me procurer les objets en question. »

Le seul droit qu'ait le médecin est de réclamer des honoraires proportionnels à la fois à l'importance du service qu'il rend, à la situation de fortune de la personne à laquelle il le rend et aux conditions économiques du temps et du lieu dans lesquels il exerce sa profession. Le droit du médecin à vivre de sa profession est incontestable et a pour corollaire la nécessité pour lui d'élever le taux de ses honoraires proportionnellement au renchérissement de la vie. Si le public lui en conteste le droit, il peut, grâce à une union étroite avec ses confrères en associations syndicales, imposer l'élévation de ce taux.

Dans les conditions critiques où vont se trouver un grand nombre de médecins, les tentations seront plus vives d'écouter les suggestions intéressées de ceux qui viendront leur offrir des moyens incorrects d'améliorer leur sort. A cette heure des suggestions tentatrices le devoir de ceux qui ont à cœur de défendre l'honorabilité de notre profession et même ses intérêts véritables est de combattre avec la plus grande énergie les sophismes de la prétendue commercialisation. Je dis prétendue : car le commerce loyalement exercé est une profession honorable, tandis que la médecine commercialisée ne serait qu'un commerce camouflé en profession libérale ; et, dès lors qu'il y a tromperie, il n'y a plus place pour l'honorabilité.

Chacun de nous est guetté par le tentateur, l'industriel qui, ne pouvant comprendre la différence entre son point de vue et le nôtre, offre, sans se lasser, de nouvelles combinaisons, plus ou moins ingénieuses, pour organiser discrètement le partage de ses bénéfices avec nous. N'étant pas illé-

gales, elles ne lui paraissent pas illicites; licites pour lui, qui a bien le droit d'abandonner une part de ses bénéfices pour augmenter sa vente, elles ne peuvent l'être pour nous qui, déjà rémunérés officiellement par nos honoraires, toucherions clandestinement une prime sur un objet que le client peut parfaitement se procurer sans notre intermédiaire.

Pour le médecin qui répugne à toucher des deux mains, peut-on dire, en acceptant la prime immédiate sur la spécialité commerciale lucrative prescrite par lui dans une consultation dont il a d'autre part reçu ou recevra le prix, le tentateur imagine l'excuse subtile de bénéfices seulement lointains, tels qu'une retraite en fin d'exercice, ou même impersonnels, comme le versement à une caisse de secours.

De quelques fleurs qu'on les couvre, le caractère illicite de toutes ces combinaisons est qu'elles sont cachées au public... en principe. En fait, elles commencent même à ne plus l'être, et malheureusement, bien qu'elles ne soient acceptées que par une minorité de médecins, elles font planer la suspicion sur les autres et jettent le discrédit sur tous. Le public serait amené à nous dire : « Pourquoi me demandez-vous des honoraires ? Faites-vous indemniser des soins que vous me donnez, en prélevant des bénéfices plus larges sur les fournisseurs de médicaments ou d'instruments de cure que vous me prescrivez. » Mais en même temps il ne pourrait manquer de craindre que nous ne soyons tentés de lui prescrire *sans mesure* et *sans utilité* les médications les plus lucratives pour nous.

Reconnaissons qu'un pauvre médecin chargé de famille, qui gagne à peine le pain des siens, a besoin pour résister à ces offres captieuses d'être soutenu par un profond sentiment de l'honneur professionnel.

L'argent, que le médecin reçoit comme dédommagement des années consacrées à l'étude, des conseils de son expérience et comme prix de son intervention manuelle, ne peut continuer d'être appelé « honoraire » que si le malade, en le lui remettant, a conscience de n'être pas absolument quitte envers lui et de demeurer encore son obligé en quelque mesure, en « l'honorant ».

Si le médecin accepte la morale professionnelle du commerçant, — qui admet la légitimité de tout profit non interdit par la loi, ne demandant au chaland que son argent et non son estime, — il n'est plus disciple d'Esculape; son dieu n'est plus Apollon, le protecteur des fiers artistes, mais l'équivoque Mercure, qui n'était pas seulement le patron des marchands.

Ses contempteurs l'appellent alors un « marchand de santé ». Mais il n'a même pas droit à ce nom; car, s'il fait de son mieux pour empêcher les autres hommes de perdre la santé ou les aider à la reconquérir, il n'est jamais certain d'y réussir, pas plus que l'avocat ne peut s'engager à faire

acquitter son client, mais seulement à le défendre de son mieux. Il ne peut pas vendre ce qu'il n'a pu acheter ni fabriquer.

Voilà le seul point de vue duquel la logique et l'équité permettent d'envisager la question des honoraires médicaux.

Mais il ne s'ensuit pas que le médecin doive plus que l'avocat accepter des honoraires de famine ; s'il soigne l'indigent gratuitement, il a droit à vivre de sa profession, dont l'État ne lui a permis l'exercice qu'après avoir exigé de lui qu'il consacrât à l'apprendre les plus belles années de sa jeunesse ; c'est aux citoyens qui ont besoin de ses soins à les rétribuer assez largement pour assurer son existence et son indépendance. Il a le droit absolu à exiger que ses honoraires s'élèvent *proportionnellement au prix croissant des objets nécessaires à la vie*. S'il rencontre de la part de ses contemporains un déni de justice, il a le droit de se concerter avec tous ses confrères pour obtenir satisfaction et il l'obtiendra toutes les fois que le concert, l'accord entre eux sera unanime.

Une *appréciation critique* — et sévère — *du mode actuel de rémunération* des services médicaux a été formulée par un homme éclairé, mais étranger à notre profession, par M. Gide, un juriste éminent, chargé du cours d'économie sociale à la Faculté de Droit de Paris. Pour nous médecins, c'était, comme le disait l'auteur, « la voix de quelqu'un du dehors », et cette voix n'était pas flatteuse pour nos us en matière d'honoraires. (*Revue de déontologie,* 1903, nº 1.)

La rémunération actuelle, disait l'auteur de cette étude, « est la plus inégale qui se puisse concevoir ». Il n'y a pas de profession « où l'on trouve plus de misérables vivant de sacrifices et d'expédients et plus de princes roulant carrosses ». — Qu'il y ait trop de médecins misérables, vivant de sacrifices et d'expédients, cela est vrai et navrant ; mais ceux-là sont souvent des malheureux qui ont choisi une profession à laquelle ils étaient impropres, manquant soit des aptitudes physiques, soit des qualité morales indispensables, soit des connaissances techniques suffisantes.

Quant à ceux qui gagnent assez pour mener train de princes, on n'en compte pas beaucoup de douzaines, et si pas mal d'entre nous roulent « carrosse », c'est que le carrosse, hippo ou automobile, est un outil professionnel. La vérité, c'est que le plus grand nombre des médecins est obligé de vivre modestement, parce que les frais sont grands et la rémunération insuffisante : il est hors de doute que la rémunération d'un médecin, qui fait preuve de capacités professionnelles moyennes, n'est pas en rapport avec les services qu'il rend à ses concitoyens. Car, pour tout médecin qui exerce consciencieusement et correctement sa profession, les honoraires représentent, outre le temps et les frais des études au lycée, six années au moins d'études à la Faculté, avec inscriptions et examens, achats de

livres, frais d'installation, achats d'instruments, un loyer plus élevé que celui qu'on a dans les autres professions, des frais de déplacement, la fatigue physique, des nuits troublées, la renonciation à la plupart des distractions, les risques de contagion volontairement encourus, et l'acceptation de besognes répugnantes. — Vous connaissez l'anecdote du client qui, ayant consulté un chirurgien pour une affection du rectum, trouve, le toucher rectal subi, les honoraires excessifs et s'attire cette réplique rabelaisienne : « Voulez-vous m'en faire autant pour le même prix ? »

Lorsque le médecin, pour acquérir une plus grande habileté dans sa profession, a consacré dix ou quinze ans à son apprentissage, il est juste qu'il exige des honoraires plus élevés; si, en outre, il doit avoir, pour satisfaire aux exigences ridicules du public contemporain, une maison d'aspect imposant, un salon de réception et un cabinet richement meublés, ne doit-il pas encore augmenter ses prix? Anecdote authentique : une dame est envoyée par son médecin habituel chez un consultant pour éclaircir un cas clinique difficile. Elle revient, enchantée, déclarant que l'examen a été aussi sérieux et aussi complet qu'elle pouvait le souhaiter, et elle ajoute : « Je ne regrette pas les deux louis que m'a demandés votre confrère, mais, vous savez, son logement ne les vaut pas ! »

M. Gide s'étonnait qu'il y eût une grande inégalité dans le chiffre des honoraires ; mais n'y a-t-il pas une grande inégalité entre une consultation rapidement donnée par un médecin qui, sans effort cérébral, se contente d'opposer des prescriptions banales à des symptômes dont il ne cherche pas à découvrir la cause et une autre donnée par celui qui grâce à un examen minutieux, un interrogatoire fatigant, au prix d'une grande tension d'esprit, parvient à démêler au milieu de symptômes trompeurs la nature intime de la maladie?

On ne peut que déplorer avec M. Gide l'âpreté de la concurrence ; mais les législateurs n'eussent-ils pas dû prévenir par des mesures appropriées l'encombrement médical ?

M. Gide parlait du chirurgien qui, au nom de la loi de l'offre et de la demande, requiert des honoraires excessifs « le couteau sous la gorge du patient ». — Où, quand pareil crime s'est-il passé ? Je ne crois pas qu'on puisse citer un cas de chirurgie d'urgence où l'opérateur ait commencé par proposer un marché léonin. Si certains chirurgiens en renom élèvent le taux de leurs honoraires en proportion de l'affluence des clients, ils ont non seulement le droit, mais le *devoir* de le faire ; sans cela ils retireraient toute chance de vivre à leurs confrères plus jeunes et moins renommés.

M. Gide ne croyait pas que les médecins qui demandent aux riches le plus possible consacrent gratuitement, ou à peu près, une partie de leur temps aux pauvres. C'est cependant le cas de tous les médecins d'hôpital.

M. Gide, cherchant un remède au vicieux mode de rémunération de nos services, n'osa proposer le système, qu'on nous a dit exister en Chine, du traitement fixe annuel avec déduction des journées de maladie; la conséquence en serait, dans les maladies chroniques, d'amener le médecin à faire des rentes au malade ! Ce système gênerait bien aussi le public ; car il suppose comme corollaire l'obligation pour le client d'obéir aveuglément aux prescriptions hygiéniques du médecin, puisqu'on ne pourrait dénier à celui-ci le droit d'empêcher par tous moyens possibles son débiteur de se transformer en créancier. Ce que j'aime le mieux dans le système chinois, — si ce que nous en ont raconté certains voyageurs n'est pas une simple fantaisie à la Swift. — c'est l'obligation pour le médecin d'allumer à sa porte autant de lanternes qu'il a signé de certificats de décès ; cette coutume, économique pour les municipalités jaunes, est d'un peuple éclairé.

Pour conclure, M. Gide appelait de ses vœux la généralisation du mode de rétribution en usage dans les Sociétés de Secours mutuels. Il faudrait alors supposer que dans la Société mutualiste de l'avenir la coopération du médecin à la guérison de ses concitoyens serait rétribuée à sa réelle valeur; si on ne lui accordait que le taux actuellement en vigueur, le système serait purement la généralisation de l'exploitation du médecin par ses concitoyens ; car il est évident que, si les mutualistes ont pu s'organiser, c'est surtout parce qu'ils ont jusqu'ici obtenu les soins médicaux au rabais.

Et, en admettant que les honoraires fussent relevés, s'ils étaient uniformisés, l'équité et la morale en souffriraient encore; car jamais les soins donnés par tous les médecins n'auront une valeur égale, et chacun ne serait pas rémunéré suivant sa peine et son mérite.

SOCIALISATION DE LA MÉDECINE

En 1904, on parla beaucoup de la *socialisation de la médecine*, à propos d'une tentative faite par la municipalité de Zurich pour transformer en fonctionnaires 40 médecins de cette ville, qui auraient accepté de soigner gratuitement tout malade ayant acquitté un impôt annuel de 4 fr. 35. Le produit de cette taxe individuelle fournissait une somme annuelle de 500,000 francs, qui, divisée entre les médecins adhérents au système, assurait à chacun d'eux un fixe de 12,500 francs. Je ne sais si le système a réellement fonctionné, mais voici les critiques qu'on peut lui faire, ainsi qu'à d'autres tentatives analogues pour fonctionnariser les médecins traitants.

Les arguments pour et contre les médecins fonctionnaires ont été depuis longtemps développés dans les Associations de médecins, et il semble bien

que les inconvénients soient plus nombreux que les avantages. Ceux-ci sont vite énumérés. Pour le malade, ou celui qui craint de le devenir, il est agréable de prendre une assurance contre la maladie en payant une taxe qui, dans le cas de Zurich, paraît bien faible! Pour le médecin qui n'arrive pas à gagner sa vie, c'est une perspective acceptable de toucher 12,500 francs. (Encore faut-il être assuré d'une retraite, comme tout fonctionnaire.)

Quelle garantie aurait le public, au point de vue de sa santé? Les examens ou les concours subis par les médecins?... Ils prouveraient, tout au plus, que les médecins, au moment de leur nomination, possédaient les connaissances requises; mais qui garantira qu'ils continueront à se tenir au courant de la science? Leur fera-t-on périodiquement passer des examens? Quand on choisit un médecin, on requiert de lui des qualités morales, des qualités sociales, outre les connaissances techniques : quels seront les juges de ces qualités?

Lorsqu'un citoyen va acheter des timbres-poste ou payer ses contributions, il ne lui importe pas absolument que l'employé auquel il a affaire soit de relations agréables, d'une délicatesse parfaite, d'un tact psychologique affiné, ni même qu'il ait les mains d'une propreté irréprochable. Cependant il tient beaucoup, et non sans raison, à ce que le médecin ait ces qualités. Parmi les médecins qui seraient désignés par une municipalité, un certain nombre seraient mieux pourvus que les autres de ces qualités recherchées par les malades; la plupart des malades s'adresseraient aux premiers qui seraient surmenés, et ne seraient, certes, pas assez rétribués par les 12,500 francs. Leurs confrères, moins plaisants, auraient des loisirs. Vraiment, il serait inadmissible que leur rétribution fût égale. Imposera-t-on, au contraire, aux habitants d'un quartier un médecin qu'ils n'auront pu choisir? Les protestations ne tarderont pas à s'élever. Il y a des malades qui ne veulent pas se confier à un médecin dont les opinions religieuses ou politiques sont aux antipodes des leurs. La municipalité aura-t-elle fait plusieurs listes, de couleurs différentes, au choix des contribuables? Plus on y réfléchit, plus on voit s'élever d'objections à la fonctionnarisation de la médecine. *C'est une profession qui doit être basée sur l'indépendance du médecin et sur le libre choix du malade. Tout ce que l'État devrait faire pour garantir les intérêts de l'un et de l'autre, c'est de rendre, par des examens très sévères, le recrutement plus difficile.*

Si les médecins diplômés présentent toutes les garanties au point de vue des connaissances techniques, le public n'a rien à désirer de plus. C'est à lui de faire son choix parmi eux, d'après ses goûts et ses affinités. Quant aux médecins, s'ils étaient moins nombreux par suite des difficultés du

recrutement, ils pourraient vivre tous honorablement. Il y en aura toujours de mieux rétribués que d'autres ; mais, comme ils ne seront jamais tous égaux en talent et en qualités morales ou sociales, il est équitable que leurs honoraires soient inégaux.

Enfin il est singulier que les gens qui, par leur sobriété et leur souci de l'hygiène, se maintiennent en bonne santé et n'ont jamais besoin du médecin, payent une taxe médicale dont bénéficieront beaucoup de citoyens qui se rendent très souvent malades par leurs excès ou leur mépris voulu de l'hygiène.

Les SEULS REMÈDES avouables et durablement efficaces à la misère du corps médical me semblent :

L'*union étroite* de tous ses membres *dans la forme syndicale* en vue de l'*élévation du taux des honoraires;*

L'effort général du corps enseignant pour *ne créer que des docteurs remplissant les conditions* d'instruction technique et de formation morale *que le public a le droit d'exiger, afin que ces docteurs aient le droit d'exiger des honoraires supérieurs ;*

La *restriction progressive,* par suite d'un recrutement plus sévère, *du nombre des docteurs* aux besoins réels de la nation ;

Et, le plus tôt possible, l'*adaptation spontanée* des docteurs actuels aux *besoins réels des populations par une meilleure répartition* sur le territoire et *par le choix de spécialisations* professionnelles plus conformes à l'orientation scientifique.

§ 2. — FIXATION DES HONORAIRES. — PROJET DE CODIFICATION. — COMPTABILITÉ

Pour préciser les bases sur lesquelles me paraissent devoir reposer les questions d'honoraires, je ne crois pouvoir mieux faire que reproduire les termes mêmes dans lesquels elles ont été formulées dans l'*Avant-projet d'un Code de déontologie,* rédigé en 1904 par une commission composée de MM. Dignat, Glover, Le Gendre, Lepage et L. Lereboullet, rapporteur, pour être présenté au Comité permanent de Médecine professionnelle et de Déontologie issu du Congrès de 1900.

Principes.

Entre le malade et le médecin il y a un contrat qui n'est point un trafic. Le médecin ne vend pas sa science et son expérience. Les soins qu'il prodigue, les conseils qu'il donne, le dévouement et le courage dont il doit faire preuve à toute heure et dans toutes les circonstances méritent plus qu'une rémunération matérielle, bien que celle-ci, justement appelée *honoraire,* lui soit due par ses clients et par les pouvoirs publics.

Ces honoraires doivent être justement proportionnés non seulement aux ser-

vices rendus et à la fortune de celui à qui on les rend, mais encore à la situation professionnelle du médecin au dévouement et au désintéressement dont il fait preuve vis-à-vis des pauvres, de tous ceux qui ont droit à sa sollicitude (familles de médecins, etc.) et aussi vis-à-vis des administrations publiques auxquelles il ne ménage ni les conseils de son expérience, ni l'appui de son autorité, ni son temps, ni ses intérêts matériels.

Conscient de ses droits et de sa dignité, le médecin ne doit jamais pouvoir être accusé de vénalité en demandant des honoraires hors de proportion avec les services rendus. Mais, s'il lui est permis de donner des consultations gratuites ou peu rétribuées à ceux qui en ont besoin, qui sont connus de lui, qui ont un droit imprescriptible à sa discrétion et à son dévouement, s'il ne doit jamais oublier que sa mission est faite non seulement de science et d'expérience, mais encore de compassion et de charité, il ne saurait lui être permis de porter préjudice à ses confrères et de leur enlever des clients en offrant ouvertement ses soins à un prix dérisoire et inférieur au taux habituel des honoraires médicaux.

Toute convention entre médecins faite à l'insu du client doit être considérée comme illicite.

Dans les consultations médicales aussi bien que lorsqu'il s'agit d'une opération, les honoraires nécessités par la consultation ou l'opération doivent être fixés à l'avance.

Il serait bon qu'ils fussent remis aux médecins aussitôt après la consultation ou l'opération.

Le *taux* des honoraires dus au médecin consultant varie avec sa *notoriété*, la *localité* où il exerce, la *distance* qu'il a eu à parcourir pour se rendre au lieu de la consultation. Les honoraires du médecin traitant doivent être au moins le double du prix d'une de ses visites ordinaires et au plus égales au prix demandé par le consultant. Ils peuvent être d'autant plus élevés que la consultation aura exigé, de la part du médecin traitant, le sacrifice d'un plus grand nombre d'heures nécessitées par la consultation. Le taux de ces honoraires pourra être fixé à l'avance par le médecin consultant.

Doit être condamné comme contraire aux principes déontologiques *tout partage d'honoraires fait à l'insu du client* entre le médecin consultant et le médecin traitant.

Sans doute il est nécessaire que le médecin traitant reçoive des honoraires spéciaux en cas de consultation et d'opération. Ces honoraires peuvent être fixés à l'avance d'un commun accord avec le médecin consultant ou le chirurgien ou le spécialiste appelés pour faire une opération. Mais si l'on convient à cet égard d'une note *globale* qui sera réglée aussitôt après l'opération ou la consultation, cette note globale devra spécifier la part de chacun et la faire connaître à la famille de l'opéré ou du malade. Il appartiendra au chirurgien consultant de bien spécifier, en fixant le chiffre total, qu'il est de règle absolue de fixer ainsi immédiatement la part de chacun.

EXTRAIT DU PROJET DE CODIFICATION (1)

Art. 53. — Tout médecin a droit à des honoraires, soit qu'il ait donné des soins médicaux ou chirurgicaux, soit que son intervention ait été motivée par l'une quelconque des circonstances prévues par les lois, décrets ou règlements.

(1) Rédigé par notre regretté confrère le docteur Dignat.

Art. 54. — Le taux des honoraires variant selon : 1° la nature et l'importance des soins donnés(1) ; 2° la situation de fortune du client ; 3° la valeur scientifique du médecin ; 4° les conditions dans lesquelles le médecin aura été appelé, etc.. etc., il ne peut être établi un tarif général d'honoraires.

Art. 55. — Exception à l'article précédent est faite en ce qui concerne les conventions préalablement établies ou à établir entre les médecins d'une part et les associations philanthropiques ou charitables, les sociétés de secours mutuels, les compagnies d'assurances, les compagnies industrielles, etc., et, d'autre part, ces conventions devant être soumises d'ailleurs à certaines règles dont l'ensemble fait l'objet de dispositions spéciales. (*Voir art. 88 à 92.*)

Art. 56. — En aucun cas, le marchandage entre médecin et client ne saurait être admis.

Art. 57. — Est interdite également toute manœuvre tendant, *dans un but de concurrence* incompatible avec la dignité professionnelle, à abaisser le chiffre habituel des honoraires au-dessous du taux minimum moyen adopté par la majorité des médecins d'une ville ou d'une région.

Art. 58. — Les principes mêmes de la déontologie médicale, interdisant à tout médecin de faire usage d'annonces, réclames commerciales ou prospectus quelconques, lui interdisent également d'annoncer le tarif de ses visites, consultations ou opérations de quelque nature qu'elles soient.

Art. 59. — En raison de l'incertitude qui fatalement existe, dans la plupart des cas, sur le mode d'évolution et sur la durée probable d'une maladie, ainsi que sur le mode de traitement à employer, voire même sur l'efficacité dudit, tout forfait est interdit en ce qui concerne les soins *médicaux*.

Art. 60. — La seule base sur laquelle le médecin doive s'appuyer pour fixer la somme des honoraires qui lui sont dus pour les soins médicaux se trouve être constituée par le nombre des visites faites ou des consultations données en son cabinet, ainsi que par leur nature.

Art. 61. — Si les conditions d'exercice de la médecine le permettaient, il serait souhaitable que le médecin pût exiger le règlement de ses honoraires à chaque visite ou à chaque consultation en son cabinet. Il devra tout au moins le faire pour les consultations demandées dans son cabinet par des personnes étrangères à sa clientèle ordinaire.

Art. 62. — Afin de se conformer à des usages préexistants, le médecin pourra n'envoyer la note de ses honoraires qu'à certaines périodes fixes de l'année, mais, en aucun cas, il n'attendra, pour ce faire, un délai dépassant une année.

Art. 63. — D'une façon générale, et sauf certaines circonstances particulières telles que l'éloignement de domicile du malade, etc., le taux des honoraires sera le même, qu'il s'agisse d'une visite chez le malade ou qu'il s'agisse d'une consultation à ce dernier dans le cabinet du médecin.

(1) Dans l'appréciation des honoraires, une tendance s'accentue en Italie à tenir compte davantage de « la gravité, la contagiosité, la durée de la maladie, les difficultés du diagnostic et du traitement. » (Dr A. Raybaud. *Marseille médical*, 1er mai 1919, d'après l'*Italia Sanitaria*.) Cette tendance est rationnelle, mais l'application de ce principe est souvent malaisée et ne sera comprise du public que lentement pour les honoraires médicaux, tandis qu'il l'accepte déjà dans les questions chirurgicales. Beaucoup de gens admettent qu'ils doivent payer plus cher une opération difficile ; peu se rendent compte de l'importance des efforts intellectuels du médecin en cas de diagnostic très difficile et de maladie compliquée à incidents multiples nécessitant une grande usure de force cérébrale. Le public comprendrait plus aisément l'évaluation des risques courus par nous dans les contagions. Mais il nous estimerait moins si nous tarifions notre courage. — P. L. G.

Art. 64. — Toute visite de nuit sera comptée au moins le double du prix d'une visite de jour.

Art. 65. — Il en sera de même de toute visite « d'urgence », soit de jour, soit de nuit.

Art. 66. — Pourra également être comptée à un prix double toute visite à un malade ou toute consultation dans le cabinet du médecin, au cours de laquelle il aura été fait usage d'instruments ou d'appareils spéciaux, soit dans un but d'exploration médicale ou chirurgicale, soit dans un but thérapeutique.

Art. 67. — Toute note d'honoraires envoyée par un médecin mentionnera seulement, en outre de la somme réclamée, la période de temps durant laquelle les soins qui font l'objet de la note ont été donnés, et ce n'est qu'en cas de réclamation ou contestation que le médecin fournira un état détaillé sur le nombre, la nature et les dates des visites ou consultations.

Art. 68. — Les honoraires pour soins chirurgicaux, soins qui, d'ordinaire, comprennent : 1° l'opération proprement dite ; 2° les visites et soins consécutifs, seront, autant que possible, déterminés à l'avance.

Art. 69. — Il se peut toutefois qu'un médecin ou un chirurgien, sans avoir eu à conseiller ou à pratiquer une opération, soit appelé à effectuer des pansements. En pareil cas, le chiffre des honoraires pour chaque pansement sera au moins le double de celui des honoraires d'une visite simple.

Art. 70. — Lorsqu'une opération chirurgicale, de quelque nature qu'elle soit, exigera, en outre de celui qui opère, la présence d'un ou de plusieurs aides, le ou les aides employés devront recevoir immédiatement leurs honoraires, soit des mains de l'opéré ou des personnes de son entourage, soit des mains de l'opérateur lui-même, selon les conventions établies entre ce dernier et les clients.

Art. 71. — Lorsqu'un médecin traitant fait opérer un de ses malades par un chirurgien spécialement désigné à cet effet, on peut, en ce qui concerne le chiffre des honoraires relatifs à l'opération, procéder suivant l'un ou l'autre mode ci-dessous :

1° Ou bien fixer à l'avance le chiffre des honoraires dus au chirurgien, en réservant de déterminer ultérieurement le chiffre des honoraires qui pourront être dus au médecin traitant en raison de son assistance à l'opération et des soins consécutifs qu'il aura donnés, lesdits honoraires devant faire l'objet d'un règlement spécial par le client ;

2° Ou bien fixer à l'avance un chiffre total dans lequel seront compris les honoraires du chirurgien, les honoraires du médecin traitant ainsi que ceux des aides s'il y a lieu. Ces honoraires, dont le détail devra être communiqué au client par le chirurgien consultant, seront versés entre les mains de ce dernier, qui, seul, aura dès lors la charge d'effectuer ces divers règlements, selon les conventions établies.

Art. 72. — Dans le cas prévu par le paragraphe 2 de l'article 71, et pour éviter que le chirurgien soit soupçonné d'offrir une prime quelconque aux confrères susceptibles de recourir pour leur clientèle à ses offices, la part d'honoraires que le chirurgien devra remettre au médecin traitant ne pourra, en aucun cas, atteindre un chiffre supérieur au quart de la somme totale versée entre ses mains, et, le client ayant été informé à l'avance de ce règlement, le médecin traitant ne pourra lui réclamer aucun autre honoraire pour les soins qu'il aura pu donner lui-même à l'occasion de ladite opération.

Art. 73. — Tout partage d'honoraires entre médecin et chirurgien, effectué sui-

vant des dispositions contraires à celles contenues dans l'article 72, sera considéré comme illicite.

Article 74. — Toutes les dispositions contenues dans les articles 68, 69, 70, 71, 72 et 73 sont applicables aux cas de pratique obstétricale.

Art. 75. — La loi détermine elle-même le chiffre d'honoraires devant être attribué à tout médecin chargé par l'autorité compétente d'une expertise médico-légale ou chargé dans les mêmes conditions d'établir un certificat.

Toutefois, lorsqu'il s'agit de la délivrance d'un certificat médical à un particulier, sur la demande de ce dernier, le médecin peut légitimement réclamer, outre le prix du certificat, des honoraires pour l'examen médical ou chirurgical qui a rendu nécessaire l'établissement dudit certificat. Le chiffre de ces honoraires correspondra, suivant le cas, à celui prévu par les articles 54, 55, 63, 64, 65 et 66.

Art. 76. — En cas de consultation auprès d'un malade entre deux ou plusieurs médecins, il y a lieu d'établir, en ce qui concerne les honoraires du ou des médecins consultants et les honoraires du médecin traitant, une distinction suivant que le ou les médecins appelés en consultation résident dans la ville même où a lieu la consultation ou qu'ils sont appelés d'une ville plus ou moins éloignée.

Mais, dans l'un et l'autre cas, le chiffre d'honoraires à verser sera déterminé à l'avance.

Dans l'un et l'autre cas également, ces honoraires devront être réglés par le malade ou les personnes de son entourage séance tenante.

Art. 77. — Si le ou les médecins consultants habitent la même ville que le malade et le médecin traitant, les honoraires que réclamera ce dernier devront représenter un chiffre au moins égal à la moitié de la somme touchée par le médecin consultant ou par chacun des consultants.

Art. 78. — Si le médecin consultant est appelé auprès d'un malade habitant un endroit tellement éloigné que le consultant se trouve dans le cas d'avoir à réclamer, outre ses honoraires de consultation, une indemnité de déplacement, le médecin traitant ne devra, en ce qui concerne la fixation du chiffre de ses honoraires propres pour ladite consultation, réclamer que des honoraires à peu près égaux à ceux que perçoit d'ordinaire le consultant lorsqu'il est appelé en consultation par ses confrères dans la ville où il a sa résidence.

Art. 79. — Autant que possible, les honoraires du médecin traitant lui seront réglés, ainsi que ceux du ou des médecins consultants, à l'issue de la consultation.

Art. 80. — Le partage d'honoraires entre médecins traitants et médecins consultants est interdit.

Art. 81. — Toutes les dispositions générales contenues dans les articles précédents étant maintenues, lorsque le malade qui appelle un médecin habite un endroit éloigné de la résidenee de celui-ci, il y a lieu de tenir compte, pour l'évaluation des honoraires : 1° de cet éloignement mesuré d'après la distance kilométrique ; 2° de la nature de la visite effectuée ; 3° du laps de temps pendant lequel le médecin, du fait de ce déplacement, sera resté absent hors de chez lui.

Art. 82. — En aucun cas, l'indemnité à réclamer pour le déplacement, en outre du prix de la visite, ne devra être inférieure à la somme de 5 francs par kilomètre pour un médecin consultant venu d'un grand centre et de 1 franc par kilomètre pour une visite simple faite par le médecin ordinaire.

Art. 83. — La fixation du chiffre des honoraires et le mode de règlement desdits honoraires se feront conformément aux règles générales énoncées ci-dessus.

Art. 84. — Exception est faite au sujet des médecins des villes d'eaux, lesquels peuvent, suivant l'usage existant, établir un forfait pour la direction du traitement balnéaire des malades durant leur séjour à la ville d'eaux.

Art. 85. — Le partage d'honoraires, en n'importe quelle proportion, entre le médecin de ville d'eaux et le médecin traitant qui lui envoie des malades est et reste interdit.

La même interdiction existe lorsque le médecin traitant charge un médecin spécialiste d'appliquer, d'une façon suivie, à un malade qu'il lui a confié, un traitement spécial, du moment que ledit traitement ne comprend aucune opération chirurgicale proprement dite, ni par conséquent l'assistance du médecin traitant.

Art. 86. — Dans le cas toutefois où le traitement spécial, pour avoir toute son efficacité, devrait être complété par des interventions régulières et simultanées du médecin traitant, remise pourrait être faite à ce dernier, par le médecin spécialiste, d'une partie de ses honoraires, mais seulement dans des proportions ne pouvant dépasser celles indiquées dans l'article 72 et à la condition expresse que, de son côté, le médecin traitant ne réclame à son client, préalablement averti, aucun honoraire pour les soins qu'il aura pu lui donner lui-même concurremment avec le médecin spécialiste.

Art. 87. — Hors le cas où les circonstances prévues dans l'article 39 autorisent un arrangement spécial, le médecin traitant, ainsi d'ailleurs que le médecin spécialiste, se feront régler leurs honoraires chacun de son côté.

Art. 88. — Tout malade traité dans une maison de santé dirigée par un médecin réglera les honoraires de ce dernier suivant les conditions fixées au moment de son entrée dans ladite maison.

Art. 89. — Les honoraires du ou des médecins appelés, à titre de consultants ou à tout autre titre, auprès d'un malade en traitement dans une maison de santé seront réglés par le malade selon l'un des modes prévus aux articles 75 et suivants.

Art. 90. — Tout partage est interdit entre le médecin qui a envoyé un malade dans une maison de santé et le médecin dirigeant celle-ci.

Art. 91. — La même interdiction s'applique aux médecins consultants ou autres appelés auprès d'un malade en traitement dans une maison de santé et le médecin qui dirige ladite maison.

Art. 92. — La fixation du chiffre des honoraires des médecins de sociétés de secours mutuels, de sociétés philanthropiques, de compagnies d'assurances, de compagnies industrielles, etc., faisant l'objet de conventions spéciales entre les parties contractantes et variant d'ailleurs suivant les circonstances, il ne peut être établi à ce sujet de réglementation. D'une façon générale, cependant, il est interdit à tout médecin de prêter et, à plus forte raison, d'offrir son concours à l'une quelconque des collectivités présentement visées, en acceptant, dans le but de se substituer à des confrères, une réduction, aussi minime soit-elle, sur le taux des honoraires antérieurement établi et jusqu'alors appliqué.

Art. 93. — D'une façon générale également, les médecins visés par l'article 92 ne devront accepter ni traitement ni tarif d'honoraires inférieur au chiffre minimum accepté par les sociétés locales de médecins.

Les trois articles suivants ne font pas suite aux précédents, étant extraits d'une autre partie du projet de code.

Art. 48. — Les médecins de l'assistance médicale gratuite, de même que les médecins des accidents du travail, doivent exiger le tarif minimum fixé par les associations professionnelles.

Art. 50. — Les médecins des sociétés de secours mutuels doivent refuser le tarif réduit aux sociétaires fortunés et signaler aux associations professionnelles les mutualités qui, sortant de leur rôle philanthropique, peuvent être assimilées à des sociétés financières ou à des compagnies d'assurances.

Ils doivent un tarif réduit, qui sera fixé par les associations professionnelles, à tous les membres des sociétés de secours mutuels qui sont incapables de faire face aux nécessités de la vie et qui tomberaient à la charge de la bienfaisance publique s'ils n'étaient pas soutenus comme mutualistes.

Art. 51. — Le système par abonnement n'est pas applicable aux mutualités, tout mutualiste ayant le droit de choisir son médecin.

DES HONORAIRES ILLICITES

Art. 94. — Tout partage d'honoraires est interdit entre médecins, sauf dans les cas prévus par les articles 61, 62, 64 et 86.

Sont en outre interdits toute association et tout partage entre :

1° Médecin et pharmacien ;

2° Médecin et sage-femme ;

3° Médecins et infirmiers, gardes-malades, directeurs d'établissements hydrothérapiques (ceux-ci fussent-ils médecins), dentistes, hôteliers et toutes personnes qui, par leur état, sont appelées à remplir un office quelconque auprès des malades.

Art. 95. — Il est interdit également à tout médecin de participer, à un titre quelconque, à toute affaire industrielle ou commerciale ayant pour objet la fabrication, la préparation ou la vente de produits médicamenteux, simples ou composés, ainsi que la fabrication ou la vente d'objets de pansements, d'appareils orthopédiques et autres.

Art. 96. — Exceptionnellement, tout médecin ayant inventé un appareil ou un instrument, soit médical, soit chirurgical, pourra légitimement revendiquer sa part du bénéfice résultant de la vente desdits appareils ou instruments, mais à la condition cependant qu'il n'exploitera pas lui-même le brevet qu'il aura pu prendre, et que, s'il continue d'exercer la profession médicale, il ne fera personnellement à cette occasion acte de commerce proprement dit.

Art. 97. — Il est interdit également à tout médecin de tenir hôtel et de prendre chez lui des malades à titre de pensionnaires, à moins qu'il ne s'agisse d'une maison de santé spéciale destinée au traitement de certaines affections nettement déterminées.

Art. 98. — Sauf dans les cas prévus par l'article 55, il est interdit à tout médecin de traiter des individus ou des familles par abonnement.

Art. 99. — Tout médecin possédant une clinique et qui, dans cette clinique, donne des consultations autres que des consultations gratuites, devra, à moins de violer les dispositions de l'article 56, réclamer des honoraires au moins équivalents au minimum d'honoraires qu'il réclamerait pour les mêmes soins s'il avait traité le malade en dehors de sa clinique.

Art. 100. — A moins de dispositions administratives spéciales, il est interdit à tout médecin ou chirurgien occupant un service dans un hôpital ou hospice

appartenant à une administration publique d'accepter d'un malade traité dans ledit hôpital ou hospice aucun honoraire sous n'importe quelle forme.

Il va de soi que les détails de ce *projet* de code sont discutables, que, par exemple, les tarifs qui paraissaient convenables en 1904 devraient être relevés en proportion du coût actuel de la vie.

Nous répétons *qu'il serait urgent que le corps médical*, par la coopération des Associations professionnelles et Syndicales, des Conseils de Facultés et de toutes les bonnes volontés, *publiât un Code uniforme*.

Pour les questions juridiques que soulèvent les contestations d'honoraires et leur recouvrement, je renvoie à l'article de Me Ribadeau-Dumas, qui suivra le mien.

Je ne saurais trop recommander à mes jeunes confrères de *tenir avec le plus grand soin la comptabilité* de leurs visites, en *indiquant à leur date exacte les soins exceptionnels,* interventions, dérangements de nuit, etc., mais *sans jamais inscrire* sur le carnet des visites ou consultations *la nature de la maladie ;* car, lorsque, en cas de contestation, le carnet doit être produit en justice, il ne faut pas s'exposer à paraître déroger au secret professionnel.

Je leur conseille aussi de *ne jamais faire abandon d'une note contestée :* ce serait encourager l'ingratitude des clients sans scrupule.

CHAPITRE XV

La consultation.

COMMENT L'ORGANISER. — CHOIX DU CONSULTANT. — CAS DE RÉCUSATION. — PROTOCOLE. — HONORAIRES

Au cours d'une maladie chronique ou en présence d'accidents graves, d'une maladie aiguë, la famille du malade désire avoir un autre avis que celui du médecin traitant.

Ou bien celui-ci, indécis sur le diagnostic ou le traitement, veut s'éclairer par l'opinion d'un confrère plus expérimenté ou connu par des études spéciales sur ce genre d'affections.

Très souvent, le médecin traitant, prévoyant une issue fatale, veut couvrir sa responsabilité en prenant l'avis d'un confrère ou d'un maître. Beaucoup de tact est nécessaire : le traitant doit pressentir et prévenir le désir de la famille inquiète, sans attendre qu'on lui propose et surtout impose la consultation : toutefois, il doit savoir prendre, en général, des responsabilités, des décisions, et ne pas faire appel à tout propos, même dans des familles aisées, aux lumières d'un autre : à douter trop de soi, on perd peu à peu la confiance de ses clients.

La conduite à tenir diffère suivant les milieux.

A la campagne, les consultations sont moins fréquentes : le consultant n'est pas à la portée kilométrique du malade, ni surtout à la portée de sa bourse ; le médecin traitant a souvent plus d'autorité, possède plus complètement la confiance du client.

Dans les villes, les consultations sont plus nombreuses pour les raisons inverses, auxquelles s'ajoute un souci plus grand de la guérison, une certaine gloriole qui pousse les familles à entourer leurs malades de tous les soins possibles.

Il est de bon ton, pour peu qu'on soit atteint d'une maladie à l'ordre du

jour, de voir les maîtres qui se sont occupés de la question ; il ne serait pas décent pour certaines familles de laisser conduire au cimetière un de leurs proches, — même dans un cas évidemment incurable, — sans avoir fait appel à une des sommités en renom. Cela fait partie des dépenses obligatoires, comme les funérailles de première classe : telle famille, qui lésine habituellement sur les maigres honoraires de son médecin, dépense alors presque sans compter, ou, si elle compte, c'est pour en ébruiter le montant devant ses amis, en l'exagérant au besoin.

Choix du consultant. — La plus grande liberté doit être laissée à la famille. Le médecin ne peut récuser un consultant proposé par elle que si celui-ci est d'une indignité notoire.

On peut, on doit même accepter, à mon avis, un consultant connu pour appartenir à une école médicale toute différente. Ainsi un allopathe n'est pas fondé à refuser de se rencontrer avec un homéopathe, après avoir prévenu la famille ou le malade que l'entente ne pourra se faire que sur le terrain du diagnostic et du pronostic, mais que le désaccord pourra être inévitable au point de vue du traitement. J'ai été plus d'une fois appelé par des confrères homéopathes : nous rédigions en commun les conclusions relatives aux points sur lesquels nous étions tombés d'accord, y compris l'hygiène et le régime ; pour la question médicamenteuse, je formulais mon opinion personnelle par écrit. D'ailleurs, dans les familles qui ont confiance dans la doctrine homéopathique, c'est évidemment aux deux seuls points de vue du diagnostic et du pronostic qu'un consultant allopathe est appelé.

Honorabilité mise à part, dans certains milieux peu informés des questions médicales, il peut arriver qu'on nous propose comme consultant un confrère qui n'a certainement aucune compétence particulière pour le cas en question, mais dont le malade ou la famille ont entendu parler par des connaissances ou lu le nom dans les journaux ; nous avons parfaitement le droit d'éclairer nos clients sur l'inconvénient ou l'inutilité du choix qu'ils nous proposent, en leur expliquant pour quelle raison nous faisons cette objection ; mais, si on insiste, nous devons accéder à la demande.

En général, d'ailleurs, c'est le traitant qui choisit le consultant qu'il juge le mieux qualifié, *en tenant compte avant tout de la nature du cas, de l'avantage qui peut résulter pour le malade de tel ou tel choix suivant la spécialité ou l'expérience du consultant ;* mais, dans certains cas, nous devons, à compétence égale, indiquer plutôt un consultant dont les honoraires ne seront pas disproportionnés aux ressources du malade : recherche-t-on l'estampille de la Faculté, un agrégé parfois vaut un professeur ; un chirurgien jeune est très souvent aussi idoine qu'un chevronné, mais ses honoraires seront moins élevés. C'est un strict devoir de conscience de prendre les intérêts de nos clients modestes ou pauvres.

Ces réserves nettement posées, il est parfaitement licite de choisir ses consultants parmi ceux qu'on estime ou qu'on aime, dont on rechercherait l'avis pour soi-même. Il est préférable, dans les cas ambigus, de s'adresser aux hommes d'esprit pondéré et critique plutôt qu'à ceux dont les opinions sont intransigeantes et dominées par les préjugés doctrinaux.

A la campagne et dans les petits centres les médecins pourraient plus souvent qu'ils ne le font, pour les consultations courantes, s'appeler réciproquement ; leur situation ne peut que s'en améliorer aux points de vue pécuniaire et moral.

Le consultant choisi ou agréé, c'est le traitant qui doit lui écrire pour le mettre rapidement au courant des circonstances de l'appel, lui demander un rendez-vous en lui laissant le choix du jour et de l'heure, ou en lui donnant à choisir plusieurs heures de la journée, mais en indiquant le degré d'urgence de la consultation, urgence *médicale* qu'il convient de distinguer de l'impatience parfois injustifiée de l'entourage. Pour ne pas perdre de temps, le traitant peut proposer le jour et l'heure.

Si la demande est faite directement par la famille à un consultant, celui-ci ne doit accepter qu'après avoir exigé que le médecin traitant soit prévenu par une lettre, remise à l'intermédiaire, et, après avoir convenu avec lui du jour et de l'heure. Si pour une raison quelconque le médecin traitant *refuse* de se rencontrer avec le consultant, celui-ci recouvre sa liberté d'action ; mais c'est un cas si exceptionnel qu'il est prudent de se bien assurer que le message a été réellement remis ; il faut songer aux ruses dont sont capables certaines familles pour « faire marcher » les médecins à leur guise et au mépris de nos règles professionnelles.

A *l'heure dite* la rencontre a lieu (il est de bonne confraternité, de la part du traitant et du consultant, de rivaliser d'exactitude) ; mais, en parfaite courtoisie, le plus jeune doit être le premier au rendez-vous et il est même avantageux que le traitant précède le consultant pour le renseigner sur les incidents récents qui ont pu se produire.

Les présentations sont faites.

Il est utile, avant d'examiner le malade, que le traitant expose au consultant, dans un entretien particulier, la maladie dans ses grandes lignes ainsi que les points spéciaux sur lesquels on désire son opinion. Quelquefois il est préférable, — c'est souvent le traitant qui le demande, — que cette conversation préliminaire n'ait pas lieu. D'une part, la famille ne pourra pas craindre que le traitant influence l'opinion du consultant — crainte fréquente dans certains milieux — sur le diagnostic et le traitement. D'autre part, pour certains diagnostics difficiles, par exemple lorsqu'il y a déjà eu des avis divergents exprimés par plusieurs médecins, le

nouveau consultant conservera mieux sa liberté d'appréciation et son avis aura d'autant plus de poids sur la famille.

On est au chevet du malade, dont il est parfois utile que le nouveau venu calme les appréhensions par quelques paroles bienveillantes, en l'assurant qu'il s'efforcera de le fatiguer le moins possible. C'est le cas de redire avec Montaigne, qui ne nous aimait guère et dont sans rancune beaucoup d'entre nous goûtent tant le charme savoureux : « Les premiers accueils du medecin envers son patient doibvent estre gracieux, gays et agreables; et jamais medecin laid et rechigné n'y feit œuvre (1). »

Dans les familles aisées où les consultations sont fréquentes ou près des malades qui ont déjà été visités par plusieurs consultants, l'arrivée d'un nouveau médecin impressionne modérément. Mais il faut rappeler aux jeunes consultants que, dans les milieux modestes et près d'un patient qui n'est pas blasé sur les examens médicaux, l'entrée en scène d'un médecin nouveau, anxieusement attendu, exerce une impression très vive sur le système nerveux du malade : si on veut que l'interrogatoire donne tous ses fruits, il faut lui laisser le temps de se ressaisir et de se familiariser avec l'aspect et la parole du nouveau venu, dont il espère beaucoup et dont l'intervention est souvent un important sacrifice pécuniaire pour lui et sa famille.

C'est au consultant qu'il appartient maintenant de questionner et d'interroger le malade, en demandant, s'il est besoin, quelques renseignements complémentaires au traitant, qui doit conserver une attitude attentive, ne se désintéressant pas de ce que fait et dit le consultant. Celui-ci, de son côté, doit veiller d'une manière particulière à ne pas faire un geste, à ne pas laisser échapper une réflexion qui puisse être interprétée d'une manière défavorable pour son confrère par la famille ou par le malade. La famille est aux aguets; par conséquent, le consultant doit s'observer, parler le moins possible, interroger le malade, l'examiner avec soin; il ne doit sous aucun prétexte appeler l'attention du médecin traitant sur tel ou tel point qui aurait pu lui échapper ou, s'il le fait dans l'intérêt du malade, il faut que ce soit avec beaucoup de tact et sans froisser le moins du monde le traitant.

La difficulté est parfois grande et, si le médecin traitant a négligé l'examen de certains organes ou annoncé un état pathologique inexistant, malgré le plus vif désir de rester d'une correction absolue, le consultant est exposé à faire à son confrère fautif un affront involontaire.

J'étais encore un consultant novice lorsque, appelé près d'une malade

(1) *Essais*, lib. III, ch. IV, De la diversion.

qu'un confrère croyait atteinte d'une tumeur du bassin, je constatai tout d'abord une vessie distendue; l'idée ne me venant pas qu'il eût pu méconnaître cette rétention et considérant celle-ci comme un épisode récent, je dis : « Vidons d'abord la vessie; nous pourrons mieux explorer les organes pelviens. » Mon confrère changea de couleur et balbutia si malencontreusement que la malade et l'entourage furent immédiatement instruits de sa méprise. Je n'étais presque pas moins confus que mon confrère et depuis cette leçon je ne me suis plus étonné de rien.

L'examen terminé, consultant et traitant demandent à se retirer dans une autre pièce, où le traitant aura pris soin de faire placer papier et encre. Il arrive que le logement se réduise à la chambre du malade (hôtel meublé, loge de concierge, logis d'ouvrier); on peut emprunter la chambre d'un voisin ou même tenir conciliabule dans la cour ou la rue; mais jamais il ne faut discuter son cas devant le malade, malgré l'insistance de celui-ci. C'est au consultant à se retrancher derrière les usages professionnels; de même dans le cas où certains membres de la famille manifestent l'intention d'assister à la discussion du cas, le consultant doit exiger, avec autant de fermeté que de politesse, qu'on s'éloigne jusqu'à ce que la délibération soit terminée.

Les médecins font bien de s'assurer, même dans les familles de l'apparence la plus correcte, que personne n'est aux écoutes : l'indiscrétion paraît à certains parents excusée par l'anxiété de savoir ce que pensent exactement les médecins. C'est le cas de se rappeler que, parfois, les murs ont des oreilles.

Qu'ils se sachent ou non espionnés, les confrères réunis en consultation doivent s'abstenir de renouveler la scène où Molière montre certains médecins de son temps qui commencent par parler de leurs propres affaires avant d'aborder le cas du patient.

Le consultant expose le résultat de son examen et les deux confrères échangent leurs impressions, discutent le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Lorsque plusieurs médecins sont réunis, le plus âgé ou le plus élevé dans la hiérarchie professionnelle examine d'abord le patient et les autres suivent attentivement l'examen pour n'avoir pas à fatiguer trop le patient en l'obligeant à subir plusieurs fois des explorations d'un contrôle facile; s'il ont besoin cependant, pour se documenter avec précision, de faire à leur tour certaines recherches, — et c'est indispensable pour la palpation et l'auscultation — ils doivent le faire avec toutes les précautions possibles.

Au moment de la délibération, c'est au contraire le plus jeune ou le moins gradé des consultants qui prend le premier la parole et le plus ancien qui résume la situation et propose des conclusions.

Après s'être mis d'accord, on procède à la *rédaction de l'ordonnance;* ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles qu'on peut s'abstenir de laisser une trace écrite de la décision prise; cette pièce est une garantie pour tout le monde.

En général la rédaction ne comporte que l'exposé précis et détaillé du traitement; à moins de raisons contraires, on conserve les principales prescriptions du médecin traitant, on n'y ajoute que ce qui est utile pour remplir des indications nouvelles ou faire prendre patience au malade par une modification de formules ou la substitution de succédanés.

Il n'est pas d'usage d'inscrire le diagnostic et le pronostic, à moins que la famille ne l'exige; en ce cas ces deux points doivent être écrits sur une feuille spéciale qui ne sera montrée ni au malade ni au pharmacien et que la famille conservera. Dans cette rédaction il importe de ne pas s'attarder à des considérations diffuses; il faut être précis et concis, tout en formulant, s'il y a lieu, les réserves nécessaires.

Sauf circonstances exceptionnelles aussi, c'est le médecin traitant qui tient la plume; la rédaction faite et relue en commun, c'est le traitant qui signe le premier et le consultant qui contresigne au-dessous ou sur la même ligne. Le protocole le veut ainsi, puisque c'est la signature du consultant qui couvre, en la partageant, la responsabilité du traitant.

S'il y a divergence légère d'opinions entre les consultants, l'accord est généralement facile sur les points fondamentaux et il n'y a pas lieu de mettre la famille au courant des détails de la discussion.

Lorsque la divergence porte sur une question fondamentale de diagnostic ou de traitement, il faut que la famille en soit instruite pour qu'elle puisse faire appel, si elle le désire, à un nouveau consultant. En aucun cas le malade ne devra être mis au courant des divergences d'opinions. « S'il y a une divergence d'opinions entre les deux confrères, dit Grasset, le consultant fera la prescription que lui dictera sa conscience, sans faire de concession à la camaraderie ou à tout autre sentiment, de même qu'il aura le facile courage de se retirer sans rien ordonner de nouveau s'il partage absolument l'avis du traitant. En tout cas, une fois revenu en présence de la famille, il ne proclamera pas la divergence d'opinions, si elle existe, et la nouveauté du traitement prescrit. Il présentera les prescriptions faites comme le corollaire et la suite des prescriptions précédentes ou comme la réponse à des indications nouvelles qui n'existaient pas les jours précédents. »

Avant de rompre leur conciliabule, les médecins s'entendent sur ce qui va être dit à la famille d'une part, et, d'autre part, au malade lui-même. C'est le consultant ou le plus ancien des consultants qui prend la parole, lit l'ordonnance et fournit les explications utiles, mais doit, dans bien des

cas, endiguer, par des réponses évasives, le flot des questions oiseuses ou captieuses de certains assistants.

Honoraires des consultants. — Il est utile que le taux en soit fixé par les médecins avant qu'ils reparaissent devant la famille.

Sinon, le consultant, auquel le membre principal de celle-ci demande à brûle-pourpoint, au moment du départ, quels honoraires doivent lui être remis, serait embarrassé ; il doit avoir pris l'avis du traitant qui connaît la situation de fortune du malade. Le mieux est que le traitant ait, avant la consultation, prévenu l'entourage que telle somme doit être prévue comme honoraires convenables en la circonstance, car c'est au médecin traitant qu'incombe le devoir de faire honorer le consultant qu'il a appelé. — Lorsque le consultant a été appelé directement par la famille, avec le simple agrément du traitant, celui-ci n'a pas à s'occuper des honoraires de son confrère. — En règle générale, les honoraires sont remis de suite, habituellement sous enveloppe dans les familles au courant des usages.

Les honoraires du consultant varient suivant sa situation scientifique, le déplacement qu'il a dû faire, la fortune du malade et les usages du pays.

Plus controversée est la question des honoraires du médecin traitant pour la consultation : l'usage le plus répandu est qu'il double ou triple le prix de sa visite habituelle ; mais très souvent cela est insuffisant. En effet, la consultation est cause pour le traitant d'une perte de temps et de dérangements multiples : il a dû écrire au consultant ou aller le trouver, faire une visite beaucoup plus longue et à une heure déterminée, qui perturbe l'organisation de sa journée.

Dechambre (1883), Juhel-Renoy (1892), G. Morache (1900) admettent que le médecin traitant doit recevoir les mêmes honoraires que le ou les consultants.

Ce taux paraît en général, actuellement, excessif au public, surtout quand le consultant est d'une situation et d'un âge à demander une somme assez élevée et rendrait les consultations rares.

On a vu plus haut le taux proposé par Dignat dans son projet de codification (art. 76 à 82).

H. Jeanne distingue les cas où la consultation a eu lieu avec un confrère voisin et celui où un maître plus ou moins réputé a été appelé, quelquefois de fort loin. Dans le premier cas, il admet le quintuple d'une visite ordinaire ; dans le second cas, les honoraires du traitant ne peuvent s'abaisser au-dessous du quart de la somme demandée par le consultant.

Toutefois, quand il s'agit d'une consultation avec un médecin venu de loin, il faut songer que les honoraires de celui-ci comprennent une indemnité de déplacement proportionnelle à la distance (en général 5 francs par

kilomètre), outre le taux des consultations de ce confrère dans la ville où il réside, soit 100 ou 200 francs par exemple.

Les honoraires du traitant ne peuvent être calculés que sur cette dernière somme, et il arrive que le traitant, obligé parfois d'aller au-devant du consultant par courtoisie, de passer plusieurs heures avec lui dans la famille, perde une journée entière. Dans de tels cas, sa rémunération doit être plus élevée.

Ce sont là des difficultés qui devraient être résolues avec précision par nos associations professionnelles, pour mettre fin à certaines pratiques occultes humiliantes pour tout le monde et qui, soupçonnées par le public, contribuent au discrédit de la profession. Les décisions de nos associations, octroyant à chacun une rémunération équitable, une fois acceptées par nous tous, s'imposeraient au public.

Il arrive qu'une famille ayant, sans protester, honoré le consultant, regimbe contre l'élévation du prix de la visite du traitant, pour le jour de la consultation, quand celui-ci lui envoie sa note. Pour éviter ce désagrément et cette injustice, il est désirable de voir se généraliser l'usage de la *note commune :* à l'issue de la consultation, le consultant dit à la famille : « Vous êtes, suivant nos règles professionnelles, redevable de telle somme, comprenant tant pour moi et tant pour mon confrère. »

Les *devoirs ultérieurs du consultant* sont ainsi résumés par Grasset :

a. « Le consultant ne doit pas revenir dans la maison en l'absence du traitant, même pour prendre des nouvelles du malade, à moins que le médecin ordinaire ne l'y ait formellement invité ou autorisé.

« Le médecin qui a été appelé en consultation ne devra pas spontanément, ou sur le simple désir de la famille, revoir le malade dans le cours de la maladie, en dehors de la présence du confrère qui dirige le traitement. Un appel d'urgence légitimerait seul une exception à cette règle qui est formelle.

b « Dans aucun cas un médecin ne peut devenir traitant dans une maison où il a été appelé comme consultant (à moins que le traitant ne soit mort). Le client peut changer de médecin, et alors le consultant peut continuer à venir en consultation avec le nouveau médecin ordinaire. »

Un consultant peut recevoir ultérieurement dans son cabinet un malade auprès duquel il a été appelé par un confrère, sans être tenu à informer celui-ci, le cabinet étant considéré comme un terrain neutre.

CHAPITRE XVI

La collaboration médico-chirurgicale.

SON IMPORTANCE CROISSANTE. — CHOIX DU CHIRURGIEN. — ASSISTANCE A L'OPÉRATION. — HONORAIRES DE LA NOTE GLOBALE. — PAS DE DICHOTOMIE

Il est heureusement loin le temps où le médecin et le chirurgien étaient frères ennemis et même où le Médecin, coiffé de son bonnet doctoral, prétendait régenter et traiter comme un simple manœuvre le Barbier; il fallut que ce « barbier-chirurgien » s'appelât Ambroise Paré, il fallut surtout que La Peyronie eût obtenu l'admission du chirurgien à la maîtrise ès arts pour que l'égalité sociale fût réalisée. Malgré cette réhabilitation du chirurgien, la rivalité et la jalousie se firent encore jour dans la pratique entre l'homme de l'art qui ne soignait que par les médicaments et celui qui ne soignait que par le bistouri, jusqu'au dernier tiers du XIXe siècle, jusqu'aux découvertes de Pasteur et de Lister, à partir desquelles il eût fallu être aveugle pour nier l'unité de l'art médical.

De ce moment, tous les progrès de la médecine et de la chirurgie ont tendu à rapprocher de plus en plus les frères ennemis et nous sommes tous aujourd'hui convaincus qu'ils doivent, dans l'intérêt des malades, être unis « comme les doigts de la main » ou plutôt qu'ils devront associer leurs deux cerveaux pour concerter un acte qui sera exécuté par les mains d'un seul.

C'est l'évidence au point de vue de la science et de l'art; c'est aussi incontestable au point de vue professionnel. Ajoutons que, si les confrères doivent vivre en frères, ils ne doivent pas prêter à l'accusation d'agir en compères, comme dans certains cas la malignité publique voudrait le faire croire.

Il est à peine besoin de souligner *l'extension continuelle du domaine médico-chirurgical*, c'est-à-dire la fréquence croissante des cas où la maladie se trouve abrégée, et même ne peut guérir que par une intervention opératoire. Tout médecin doit se tenir au courant des progrès de la chirurgie viscérale, afin d'en pouvoir faire profiter ses clients, et savoir bien connaître les limites de son action thérapeutique, ne pas laisser passer l'heure propice à l'intervention opératoire sans en avoir averti le patient ou son entourage. Il peut s'agir de tumeurs à enlever, d'affections de l'utérus et des annexes, d'infections des cavités séreuses pleurales (pleurésies purulentes, hémothorax, pyopneumothorax), péritonéales (péritonites aiguës, tuberculose péritonéale), de cavités du parenchyme pulmonaire à drainer (gangrènes, kystes, abcès, projectiles), de lésions du foie (abcès, kystes), cirrhose même (omentopexie de Talma), des voies biliaires (cholécystite, obstruction calculeuse), du cerveau (tumeurs, épilepsie bravais-jacksonienne, abcès après mastoïdite ou sinusite), du tube digestif (les sténoses œsophagienne, pylorique, la stase gastrique par ulcère ou cancer ou spasme, les occlusions ou sténoses intestinales, l'appendicite, les hémorrhoïdes, la constipation chronique invétérée même), des voies urinaires (depuis les interventions sur l'urètre, la vessie et la prostate jusqu'aux pyélonéphrites et à la fixation, décortication des reins et à la néphrectomie).

Cette énumération n'épuise pas les ressources que la chirurgie nous offre : de jour en jour surgissent des techniques nouvelles, permettant de guérir ou de soulager des patients pour lesquels la médecine ne peut plus rien. Mais, pour juger si elles sont applicables au cas particulier que nous observons, il faut saisir l'opportunité, les indications, calculer les chances favorables, le bénéfice temporaire ou définitif, peser les conditions d'âge, de résistance au choc opératoire.

Pour trancher des questions si délicates, il faut une *consultation entre le médecin et le chirurgien ;* celui-ci ne doit pas être l'ouvrier prêt à faire tout acte professionnel qu'on requiert de lui.

On rencontre quelques opérateurs, heureusement rares, qui affectent de se désintéresser de l'utilité de l'intervention qu'on leur demande. J'en ai vu qui, appelés par le médecin, écoutaient à peine l'exposé des conditions particulières au malade, se déclarant prêts à intervenir du moment qu'on le leur proposait et déclinant pour ainsi dire d'avance toute participation à la responsabilité du médecin.

Pourtant, grâce aux maîtres en chirurgie, qui de l'école de Verneuil à celle de Terrier, ont montré à leurs élèves la nécessité pour le chirurgien de ne pas se désintéresser de la médecine, d'utiliser pour préciser les diagnostics toutes les ressources de la clinique et du laboratoire, la plu-

part des chirurgiens contemporains sont préparés à discuter avec le médecin toutes les nuances des indications et contre-indications dans chaque cas soumis à leur examen.

Quand le médecin voit naître l'indication chirurgicale, il doit la faire d'abord pressentir avec prudence; c'est une faute d'y faire allusion à la légère, comme certains jeunes praticiens qui, frais émoulus des hôpitaux, croient le public plus initié qu'il ne l'est encore dans beaucoup de familles à l'innocuité de la chirurgie, à son utilisation fréquente même en vue du diagnostic.

La plupart du temps le mot seul jette un grand trouble dans les familles, non seulement à cause des *dangers supposés*, mais à cause des *frais certains*. Il convient donc de n'en parler qu'à bon escient et de dire qu'on demande seulement une consultation, mais que celle-ci ne préjuge pas la nécessité d'intervenir.

Le *choix du chirurgien* nous est-il laissé, nous devons nous guider suivant le cas, d'après la notoriété que tel ou tel s'est acquise par ses travaux spéciaux ; il est naturel de tenir compte aussi de son honorabilité et des ressources pécuniaires du malade, pour qui le taux des honoraires est rarement indifférent. Pour une même catégorie d'affections il arrive souvent que des chirurgiens d'âges différents soient également qualifiés ; mais celui qui est à l'apogée ou au déclin de sa carrière, de réputation mondiale, ne peut accepter, sauf cas exceptionnels, que des honoraires très élevés, tandis qu'un chirurgien encore jeune, dans la phase ascendante, mais ayant déjà fait ses preuves d'habileté technique, estimé de ses contemporains, peut rendre le même service au patient sans épuiser ses ressources.

Après les conditions de compétence, d'honorabilité et de prix se placent très légitimement les sympathies personnelles du médecin. La plupart d'entre nous ont mis leur confiance, au cours de leur pratique, en tels ou tels maîtres ou collègues ou camarades dont ils ont eu l'occasion d'apprécier le caractère comme l'habileté, le bon sens et l'expérience ; nous avons bien le droit de nous tourner vers eux de préférence.

Dans certains cas (familles défiantes ou nous connaissant peu) il est préférable d'indiquer plusieurs noms de chirurgiens qui nous paraissent également qualifiés et de laisser la famille ou le patient choisir, après qu'ils se seront renseignés. Il ne faut jamais paraître forcer la main pour tel ou tel choix, sous peine de se faire soupçonner de compérage.

L'intervention proposée et acceptée, le *choix de la maison de santé* dépend ou du chirurgien, qui souvent n'opère que dans une ou plusieurs maisons où il a ses habitudes, ou des convenances du malade, qui se décide d'après des renseignements d'amis ou la notoriété publique ou le prix. A ce

point de vue encore il est sage de la part du médecin, tout en fournissant les indications qu'on lui demande, de ne paraître imposer aucun choix.

L'*assistance du médecin à l'opération* est de règle.

Il a pris sa part de responsabilité en la conseillant ou en l'approuvant ; il doit donc par sa présence en sanctionner l'exécution.

Dans certains cas, de plus en plus rares dans les villes, le médecin peut pratiquer l'anesthésie ou servir d'aide ; mais le plus souvent le chirurgien n'a confiance pour l'anesthésie qu'en un aide toujours le même et veut n'être aidé que par des collaborateurs habituels.

Les familles, qui connaissent ces habitudes, peuvent alors s'imaginer que la présence du médecin est un protocole superflu et qui augmentera les honoraires. Il importe que le chirurgien, en cas d'insinuation de ce genre, explique avec autorité que la présence du médecin lui est indispensable, *comme représentant de la famille, qui ne doit en aucun cas assister à l'opération* et dont l'avis est nécessaire, lorsque surgit la nécessité de telle ou telle décision, à prendre d'urgence en cas de circonstances imprévues (enlever deux ovaires au lieu d'un, un rein qu'on croyait moins lésé, etc., etc.), accident au cours de l'anesthésie.

Si dans certains cas le médecin traitant est appelé à faire des pansements à la suite de l'intervention, en général, quand l'opération a eu lieu dans une maison de santé, le chirurgien seul ou ses aides habituels s'en chargent. Cette considération porte quelquefois les patients ou leur famille à considérer que le médecin n'a pas droit à des honoraires autres que ceux de la ou des consultations, ou de l'assistance à l'opération.

C'est pour obvier aux protestations de ce genre que se justifie l'établissement d'une *note globale* présentée par le chirurgien pour lui-même, ses aides et le médecin traitant qui l'a appelé — et dont il se charge lui-même de distribuer les parts ; il est plus correct de préciser sur la note quelle est la part de chacun.

Dans d'autres circonstances il est préférable que le médecin présente sa note séparément. Chacun se guidera d'après le milieu, les coutumes locales, ses habitudes personnelles.

La seule pratique inacceptable est la dichotomie clandestine.

CHAPITRE XVII

Rapports du médecin avec ses confrères.

§ I. — VISITES RÉCIPROQUES DE BIENVENUE. — JEUNES ET VIEUX. — CONCURRENCE LOYALE. — CHANGEMENT DE MÉDECIN PAR LE CLIENT. — ÉGARDS RÉCIPROQUES DANS LES CONTESTATIONS, DISCUSSIONS ET POLÉMIQUES.

« Ne fais pas à autrui ce que tu ne voudrais pas qu'on te fit » est le précepte le plus moralisateur; ayons à cœur de rendre archaïque l'adage, si humiliant pour notre profession : « *Invidia medicorum pessima* ».

Les devoirs du médecin vis-à-vis de ses confrères commencent dès le début des études. A l'hôpital un étudiant a grand tort de critiquer tel de ses camarades qui vient d'examiner maladroitement un malade ou s'est lourdement trompé dans un diagnostic; pareille mésaventure peut lui arriver demain et il lui sera pénible d'être raillé à son tour.

Il est fréquent qu'un malade, admis dans un service, se plaigne aux étudiants qui l'examinent d'avoir été mal soigné par le praticien appelé d'abord, exhibe quelque ordonnance paraissant mal appropriée au cas. Que l'étudiant ne se hâte pas de juger sévèrement le médecin qui peut n'avoir pas fait le vrai diagnostic ou lui semble avoir fait une erreur de thérapeutique. D'abord il serait équitable, avant de porter un jugement, de savoir exactement dans quelles conditions le médecin a été appelé auprès du malade : cela pouvait être dans des conditions d'heure et de lieu propres à rendre fort difficiles diagnostic et traitement. Il faut donc s'abstenir de critiquer et surtout *ne jamais formuler ses critiques en présence du malade :* celui-ci à sa sortie ne manquerait pas de répandre dans son quartier le bruit que son médecin s'était trompé, que les médecins de l'hôpital l'ont bien dit, et telle critique injuste et inconsidérée d'un jeune étudiant, ignorant des difficultés qui entourent le praticien, peut porter un sérieux préjudice à la réputation d'un honorable confrère.

On peut encore demander aux jeunes gens de ne pas se hâter d'apprécier avec trop peu d'indulgence certaines habitudes de leurs maîtres ; qui n'a pas quelque travers ou quelque tic ?

Je sais bien que les critiques même sévères des élèves n'excluent pas l'affection pour ceux qui font de leur mieux pour les instruire ; néanmoins il est désirable qu'ils apprennent de bonne heure à montrer de la déférence pour leurs anciens.

Les devoirs confraternels ne consistent pas seulement à ne pas nuire à autrui : ils comportent une bienveillance toujours prête à se manifester *activement*. Celle-là, sous le nom de camaraderie, règne si généralement dans les hôpitaux et les laboratoires qu'il est inutile de la recommander aux étudiants. Mais il est fâcheux qu'elle ne se prolonge pas toujours au delà de la période scolaire et s'affaiblisse trop souvent sous l'influence de la concurrence professionnelle.

L'étudiant en fin d'études a souvent occasion de faire le remplacement de quelque confrère malade ou en vacances. J'ai indiqué dans la première partie les *devoirs du remplaçant*.

Le *premier devoir d'un nouveau praticien,* dès qu'il a fait enregistrer son diplôme, s'il s'est installé dans une ville où le nombre des médecins ne soit pas tellement grand qu'il est impossible de les visiter tous, est de *rendre visite à tous ses confrères* pour leur faire part de son installation ; ce sera une première occasion de se renseigner sur les usages locaux.

L'accueil sera le plus souvent courtois, surtout de la part des anciens jouissant d'une situation solide et quasi inexpugnable. Quelques-uns verront d'un mauvais œil un nouveau convive venir réclamer une part du gâteau qu'ils ne jugeaient déjà pas trop grand pour leur appétit. Le nouveau venu essayera de dérider les visages refrognés, en affirmant sa résolution d'observer toutes les règles de la bonne confraternité.

Dans une très grande ville il est presque impossible de visiter tous les confrères ; mais on doit envoyer à tous sa carte de visite avec quelques mots de courtoisie.

On doit du moins visiter ceux de son quartier, *a fortiori* dans Paris ceux qui pourraient habiter la même maison.

Il est d'ailleurs d'usage qu'un médecin ne puisse s'installer dans la même maison qu'un confrère sans lui en avoir demandé l'autorisation ; dans tous les baux faits par les médecins, le propriétaire s'engage à ne pas louer à un autre médecin sans l'autorisation du premier. Il est en général impossible que deux confrères pratiquant la médecine générale ou la même spécialité puissent exercer dans le même immeuble ; il arrive au contraire que des spécialistes d'ordres très différents aient intérêt à louer des appartements dans la même maison, utilisant à des heures ou jours distincts cer-

tains locaux ou serviteurs. Un omnipraticien n'est pas gêné par la cohabitation avec un chirurgien ou un spécialiste.

Quand un confrère vous a fait passer sa carte, on doit le recevoir aussitôt que possible, c'est-à-dire avant tout client autre que celui avec lequel on se trouve, le temps de chacun de nous étant précieux. Une difficulté toutefois surgit dans la pratique.

Quand on n'a qu'un salon d'attente, les clients arrivés avant le médecin qui a fait passer sa carte témoignent quelque impatience de voir celui-ci être reçu avant eux.

Si la qualité médicale du nouveau venu leur est signalée, ils s'inclinent, bien entendu.

Mais si plusieurs médecins se succèdent ainsi dans le salon au cours de la même consultation, comme le fait n'est pas rare dans les époques qui précèdent les cures thermales ou chez les médecins professeurs ou juges d'un concours, les clients ne tardent pas à protester avec plus ou moins d'énergie, suivant qu'ils sont plus ou moins pressés ; pour éviter cet inconvénient, il est préférable de faire attendre dans une pièce distincte les médecins qui se sont fait annoncer.

Le confrère ancien qui a reçu la visite du débutant a le devoir de *la rendre aussitôt que possible.*

Il s'est même établi dans certaines petites villes l'usage excellent que, lorsqu'un jeune confrère arrive, un des médecins déjà établis prenne l'initiative de faire la première visite. Mon regretté ami, le docteur Jeanne (de Meulan), qui s'était occupé avec tant de chaleur et de succès des intérêts professionnels, signalait à ce sujet, il y a vingt ans, les avantages qui peuvent résulter de cette démarche pour le nouveau venu comme pour ses anciens.

Un moyen d'être rapidement en contact avec la plupart des confrères avec lesquels on est appelé à être en relations est *de se faire inscrire* le plus tôt possible à la *Société médicale de l'arrondissement* dans Paris, à la *Société locale de l'Association générale et au Syndicat* de la région.

CHANGEMENT DE MÉDECIN PAR LE CLIENT

Si vous n'avez pas acheté votre clientèle, quels seront vos premiers clients ? Il est inévitable qu'ils se soient détachés d'un confrère depuis un temps plus ou moins long : vous aurez, suivant les cas, envers celui-ci, des obligations diverses à remplir.

Si l'on est venu vous chercher pour un cas urgent en l'absence du médecin habituel, vous vous serez enquis du nom du confrère, vous vous ferez

montrer ses ordonnances et, tout en prescrivant le nécessaire, vous éviterez de formuler un diagnostic trop précis qui pourrait être en désaccord avec celui que le confrère avait fait. Aussitôt rentré, vous écrirez à votre confrère pour le mettre au courant de ce qui s'est passé et de ce que vous avez fait ; si ce médecin connaît ses devoirs de confraternité, il s'empressera de vous remercier et fera bien de vous rappeler encore une fois en consultation auprès du même malade ; sinon, vous vous abstiendrez de toute nouvelle visite.

D'autres malades vous feront appeler sans que votre intervention soit immédiatement nécessaire ; avant tout, demandez à ce nouveau malade quel est son médecin ; il vous répondra le plus souvent qu'il n'en a pas ; vous insisterez, et vous ne donnerez votre consultation que quand vous aurez la certitude de ne pas marcher sur les brisées d'un confrère non prévenu de votre intervention. Parfois, vous apprendrez à une réunion de votre société ou de votre syndicat que cette famille, si pressée de recevoir vos soins, n'a pas réglé les honoraires de votre prédécesseur : vous rappellerez cet oubli, habituellement volontaire, à ces clients peu délicats et, à l'occasion, vous profiterez de la leçon.

La question de savoir si le confrère qui accepte de succéder à un confrère, aux soins duquel le malade affirme avoir renoncé, est obligé de s'assurer que son prédécesseur a bien reçu ses honoraires, est controversée. Dans certains milieux sociaux une telle question serait reçue comme une insulte. Dans d'autres, le client mauvais payeur n'hésitera pas à répondre indûment qu'il s'est acquitté et on n'aura d'autre moyen de s'en assurer qu'en le demandant au confrère. Il est arrivé quelquefois que celui-ci, blessé de se voir quitté, a répondu aigrement à son successeur d'avoir à ne pas se mêler de ses affaires ; cette réponse est incorrecte, sans doute, mais désagréable à recevoir. Ce point est délicat et il est difficile de le trancher d'une façon uniforme pour toutes les espèces.

Dans votre cabinet, vous pouvez toujours donner une consultation à qui vient vous la demander ; le cabinet est terrain neutre où vous n'avez pas à vous enquérir des rapports du malade avec vos autres confrères. Mais vous éviterez toujours de critiquer les conseils donnés par vos prédécesseurs.

La *concurrence entre confrères* doit s'exercer uniquement par la mise en jeu de qualités professionnelles égales ou supérieures, en attendant les occasions que font toujours naître les circonstances, les relations, la satisfaction donnée aux premiers clients qu'on a soignés. Cette concurrence est loyale — *fair play*, comme disent nos Alliés dans leurs sports — et permet la continuation des relations confraternelles. Déshonorante est pour qui l'emploie celle qui, au lieu d'armes courtoises, use des armes empoisonnées de la médisance et de la calomnie ; malhonnête et maladroite, celle qui

s'appuie sur le rabais des honoraires, portant préjudice à la corporation comme à celui qui y a recours.

Les égards qu'on se doit entre confrères devraient se manifester par une courtoisie absolue, non seulement dans les différends relatifs aux intérêts professionnels, mais dans les *discussions scientifiques* et les *polémiques de presse.*

Un homme de science devrait ne jamais défendre son opinion que par des arguments et ne jamais introduire dans la discussion des réflexions désobligeantes sur le caractère et encore moins sur la vie privée de ses contradicteurs. On doit toujours admettre, en principe, la bonne foi chez ses adversaires.

Dans le sein de nos sociétés défendons nos opinions avec acharnement — c'est notre droit — ; attaquons celles d'autrui si nous les jugeons fausses, mais n'envenimons pas nos désaccords par des propos méchants. Que ceux qui ont de l'esprit évitent de tomber dans la causticité.

L'esprit est d'ailleurs fâcheux dans les controverses scientifiques : il a égaré plus d'un homme de valeur. Qui ne regrettait de voir jadis Michel Peter, discutant contre Pasteur, et Després contre Terrier, remplacer par des boutades plaisantes les arguments sérieux qui leur faisaient défaut ?

Une critique peut être péremptoire sans être acerbe. On doit pouvoir, si on a raison, désarmer l'adversaire sans le blesser.

Avec plus de soin encore dans les polémiques de presse, dont le retentissement est plus grand, il convient de conserver le sang-froid et l'équité ; les injures ne sont pas des raisons.

Nous ne devrions jamais, en tout cas, nous laisser entraîner dans des polémiques de presse extra-médicale : la galerie, c'est-à-dire le grand public, s'égaye toujours alors aux dépens des deux adversaires et il en rejaillit de la défaveur sur toute la profession.

§ 2. — SOINS AUX CONFRÈRES MALADES ET A LEUR FAMILLE

Il ne suffit pas de ne pas nuire à ses confrères ; il faut être prêt à leur rendre service toutes les fois qu'on le peut.

La circonstance la plus impérieuse est l'*appel d'un confrère malade ou pour sa famille.* Il est à l'honneur de notre profession que cet appel n'est presque jamais resté sans écho ; chacun de nous s'empresse de se rendre aussitôt que possible à cet appel, qui est un témoignage de confiance et dont nous nous rendons digne par les soins que nous prenons de justifier cette confiance.

C'est une tâche d'ailleurs particulièrement délicate, parfois désolante.

Autant nous sommes heureux de pouvoir contribuer à rendre la santé à un confrère, à sa compagne, à ses enfants ou à ses vieux parents, autant nous éprouvons le sentiment de notre responsabilité dans les cas graves et la douleur de notre impuissance dans les cas désespérés. Les difficultés sont grandes souvent à mener à bien cette tâche : un médecin malade ou inquiet pour un de ses proches perd trop souvent la maîtrise de soi-même ; s'il s'agit de lui-même, il s'inquiète avec excès, sinon par peur de la mort (car la plupart d'entre nous ne la craignent pas en elle-même), mais par le sentiment de la catastrophe qu'est si souvent la disparition du chef de famille dans une profession où on ne réussit que tard, quand on y réussit, à assurer l'avenir des siens.

De tous les malades le plus difficile à soigner est le médecin. Tantôt il est particulièrement nosophobe, s'interrogeant sans cesse, s'alarmant au moindre symptôme et accourant auprès d'un confrère pour se faire examiner et, peu après l'avoir assuré de son absolue confiance, allant solliciter d'un ou plusieurs autres confrères des examens de contrôle ; il demande instamment des directives de traitement qu'il n'applique pas, faute de temps ou de persévérance. Ou bien il se lamente auprès des siens, femme ou enfants, qui viennent à leur tour interroger les confrères.

Quand il s'agit du traitement, le médecin est tantôt excessivement crédule, tantôt sceptique à l'excès, et, par une contradiction bien humaine, cette manière de voir qu'il s'applique à lui-même n'est pas toujours conforme à celle qui le dirige dans ses rapports avec sa clientèle. Tel qui ordonne à ses malades quantité de médicaments et les gourmande quand ils négligent de les prendre ne se décide pas à en user lui-même dans des cas semblables.

Tel qui n'oserait pas faire essayer dans sa clientèle des spécialités dont il n'a pas l'expérience, en fait pour lui-même usage à tort et à travers.

Quand un confrère nous a consultés, nous sommes souvent très embarrassés pour lui donner notre opinion.

Tantôt, si nous devons lui conseiller un repos absolu, nous hésitons à le faire de peur de l'inquiéter, ou, s'il est notre concurrent, pour ne pas paraître l'écarter, — mais il est assez exceptionnel qu'on consulte son concurrent, — ou nous savons que l'état peu prospère de sa clientèle ou ses charges de famille lui laissent difficilement le loisir de suspendre ses visites.

Il y a certaines précautions à prendre quand on examine un confrère malade : éviter de lui laisser voir les signes de gravité, quand il n'y a pas intérêt à le faire pour obtenir de lui qu'il consente à se soigner ; la plupart d'entre nous sont plutôt pessimistes pour leur propre cas. Mais il faut dire la vérité si le malade est enclin à négliger l'avertissement.

Une autre difficulté du traitement d'un confrère, c'est la multiplicité des avis médicaux successifs provoqués par le confrère ou par ses proches, avis qui, quelquefois donnés à la légère et dans des circonstances diverses, ne concordent pas. Plus le médecin est haut placé dans la hiérarchie et plus il est exposé à être la victime du zèle de ses amis ou de ses élèves, tous bien intentionnés, mais qui parfois veulent rivaliser de zèle.

Chacun d'entre nous ferait bien de choisir dans son esprit, quand il est encore bien portant, celui de ses confrères ou de ses élèves auquel il est disposé à faire appel en cas de maladie et de le signaler à ses proches. Inversement, chacun de nous devrait s'interdire de donner des conseils au confrère ou au maître qui ne lui a pas formellement et exclusivement confié sa santé. On éviterait ainsi bien des incidents fâcheux.

Il est de règle que les soins soient donnés gratuitement aux confrères et à leurs proches (femme et enfants). Cette règle est très belle et tous nous l'observons.

La confiance des confrères en certains de leurs anciens ne laisse pas de peser d'autant plus lourdement sur ceux-ci qu'ils ont acquis plus de notoriété ; il en a pu résulter quelquefois que le médecin trop demandé a examiné plus rapidement qu'il n'aurait fallu le confrère malade ou les siens.

Inversement, certains confrères trop discrets n'osent déranger leurs amis qu'à la dernière extrémité.

La plupart de nos confrères s'efforcent de nous témoigner leur gratitude par quelque souvenir, il en résulte que les appartements des médecins en vue deviennent de vrais magasins d'objets d'art, qui témoignent quelquefois plus de la bonne intention que de l'imagination inventive des donataires.

Ne vaudrait-il pas mieux faire entrer dans nos mœurs de verser en pareil cas à une de nos caisses de secours, au nom de celui que nous désirons remercier, la somme que nous avons le désir ou le pouvoir de consacrer à un souvenir ?

§ 3. — RAPPORTS DES OMNIPRATICIENS AVEC LES SPÉCIALISTES ET DES SPÉCIALISTES ENTRE EUX

J'ai exposé les raisons scientifiques et professionnelles pour lesquelles il y a lieu d'encourager le développement des spécialités, à la condition que les médecins qui les exercent ne s'accumulent pas tous dans les grands centres et s'entendent avec leurs confrères praticiens de médecine générale pour ne pas détourner leurs clients et au contraire pour que ceux-ci leur soient envoyés par l'intermédiaire des praticiens.

Par spécialistes il faut entendre d'abord les chirurgiens dont se rapprochent les urologues, les gynécologues, accoucheurs, les dermatologistes, puis ceux qui exercent l'ophtalmologie, l'oto-rhinolaryngologie, les radiologues et les électrothérapeutistes confondus sous le nom de physiothérapeutistes avec ceux qui exercent l'hydrothérapie, le massage et la kinésithérapie.

Le spécialiste en principe ne devrait guère avoir de clientèle personnelle. Ses clients ont presque toujours un médecin qui les soigne habituellement, celui qu'ils dénomment quelquefois, avec une pointe de dédain bien injuste et bien irritant, leur médecin « ordinaire », quand ils ne disent pas leur « petit médecin ». A Paris et dans certaines grandes villes l'engouement du public pour les spécialistes est tel que ceux-ci voient arriver un grand nombre de malades qui ne sont envoyés par aucun médecin, mais qui, sachant ou supposant quel est leur appareil malade, au lieu de se faire indiquer par leur médecin ordinaire un spécialiste idoine, en demandent le nom à des connaissances ou à un annuaire, ou le trouvent cité dans quelque article de journal. Il est donc naturel que les spécialistes prennent pour base déontologique la formule de Grasset : « Le cabinet est un terrain neutre sur lequel on peut donner une consultation à tous les malades qui le demandent, quel que soit leur médecin traitant. » — Il ne faudrait pas que cette neutralité du cabinet de consultation servît d'excuse au spécialiste pour garder un client auprès duquel il a été appelé par un médecin traitant. Dans la pratique il arrive naturellement que le malade cherche à être soigné ultérieurement par le spécialiste qui l'a vu en consultation chez lui. Ce spécialiste ne peut lui refuser ses conseils dans son cabinet ; mais ce doit être à titre exceptionnel et à condition que le médecin traitant soit tenu au courant de cette situation et qu'il y souscrive. L'intérêt du malade est toujours que son médecin habituel juge des répercussions de l'état général sur les localisations et réciproquement, n'ignore pas les conseils et les interventions du spécialiste.

En général, un spécialiste qui voit arriver un nouveau malade fait bien de lui demander discrètement quel est son médecin et de lui donner sous forme de lettre pour ce confrère la consultation indiquant le diagnostic et le traitement à faire. Si le malade préfère que son médecin ordinaire ne soit pas prévenu de cette visite, c'est son droit. Toutefois le spécialiste aura raison de représenter au malade que ce silence est souvent contraire à son propre intérêt, car le médecin habituel et le spécialiste mis en relations peuvent se communiquer des renseignements très utiles et faciliter le traitement par le concours de leurs conseils.

Un spécialiste n'est pas tenu de prévenir un autre confrère exerçant la même spécialité qui aura soigné le malade auparavant. Mais il est prudent

de faire comprendre à certains malades peu intelligents les inconvénients qui peuvent résulter pour eux de se faire soigner par plusieurs spécialistes en même temps pour une même affection.

Lorsqu'un spécialiste a adressé un malade à un confrère de la même spécialité pour avoir son avis, le second doit se borner à rédiger une consultation qu'il remet au malade ou fait parvenir directement au confrère, s'il y a avantage à ce que le malade ne soit pas informé de certaines particularités (gravité du pronostic, par exemple). Sous aucun prétexte le spécialiste ainsi consulté ne doit recevoir ultérieurement ni entreprendre de traiter le malade sans le consentement du premier confrère.

Si un médecin traitant non spécialiste a adressé son malade pour avis seulement, le spécialiste ne doit pas accepter non plus d'entreprendre le traitement sans y avoir été invité par le confrère envoyeur; si celui-ci a demandé au spécialiste de se charger du traitement, le spécialiste doit de temps à autre aviser son confrère de la marche de la maladie et des résultats obtenus.

En un mot, il est de l'intérêt des malades d'abord, des spécialistes et des omnipraticiens que leur entente soit complète et leurs rapports suivis. Le public ne se prête certes guère à cette entente, dont il n'a pas compris l'utilité et où il est parfois tenté de voir une sorte de compérage ; c'est à nous de faire peu à peu cette éducation sociale, en démontrant par des exemples appropriés que l'avantage n'est pas uniquement pour nous et même est principalement pour les malades.

§ 4. — RAPPORTS AVEC LES CONFRÈRES MILITAIRES

Jusqu'en 1914 les rapports entre les médecins civils et leurs confrères de l'armée se bornaient, en général, au contact que faisaient naître les périodes d'instruction, malheureusement de plus en plus négligées par les confrères très occupés ou par ceux qui, comme trop de Français, ne croyaient plus à l'éventualité de la guerre. Les médecins de complément, réservistes ou territoriaux, revenaient *presque* toujours enchantés de leurs rapports avec leurs collègues ou supérieurs de l'active. Ceux-ci savaient le plus habituellement concilier les exigences de la discipline et du service avec les devoirs d'une bonne confraternité.

Parmi eux nous rencontrions nombre de médecins très instruits, et quelques-uns, par leurs travaux de laboratoire comme par leurs recherches cliniques, avaient largement contribué au bon renom de la science française. Continuant la tradition des Villemin, des Larrey, un Laveran honore l'Académie des sciences, et l'Académie de médecine a ouvert ses portes aux Delorme, Vallin, Vaillard, Vincent, Lemoine, Sieur, etc.

Mais le contact étroit pendant ces terribles quatre années entre les médecins militaires et les médecins de complément n'a pas toujours été sans frictions, parfois pénibles pour le médecin mobilisé et traité par un supérieur de l'active plus galonné en subordonné incompétent.

Avant la guerre, dans certaines villes de garnison importantes, surtout voisines de la frontière, dans les ports militaires régnait une cause de dissentiment : les praticiens de ces villes reprochaient assez souvent aux médecins de l'armée ou de la marine de ne pas donner exclusivement leurs soins aux officiers et soldats, aux marins et à leurs familles, mais de traiter à domicile des civils — gratuitement ou non. Nos journaux professionnels enregistraient périodiquement les protestations des confrères civils, qui voyaient dans cette manière d'agir un empiétement, objectant que nul médecin ne peut exercer sans payer patente et qu'un officier, fût-il médecin, ne peut être soumis à la patente.

L'Union des Syndicats médicaux souligna ces protestations. J. Noir écrivait en 1898 : « En faisant de la clientèle civile dans une région où ils se trouvent en garnison, ils peuvent empêcher de vivre le malheureux praticien déjà installé... Les Syndicats médicaux n'ont jamais eu l'intention d'empêcher un médecin militaire de mettre au service des pauvres ses loisirs et ses connaissances, mais ils veulent éviter qu'un médecin militaire, qui a bénéficié des écoles du gouvernement durant ses études, qui reçoit une solde fixe et assurée, qui a droit à une retraite au bout d'une période de service, vienne dans une région, dispensé de patente, pourvu d'un cheval fourni par le gouvernement, profitant du prestige que donne l'uniforme auprès de bien des gens, enlever à son bénéfice les clients d'un malheureux médecin civil qui n'a souvent que sa profession pour gagner son pain. »

Parmi ces arguments il en est un qui n'entre plus en ligne, puisque depuis la mise en vigueur de l'impôt sur le revenu le médecin ne paye plus de patente ; d'autres ont perdu de leur valeur. Le prestige de l'uniforme n'est plus l'apanage des médecins de l'active, depuis que plus de la moitié des praticiens civils a été vue en bleu horizon ou en kaki. Quant au cheval, il ne peut lutter dans la course aux clients contre l'auto et même la bicyclette.

Quoi qu'il en soit, le professeur Grasset (Ier Congrès de méd. prof. et de déont.) estimait que c'est « à l'autorité militaire de voir si un médecin peut faire de la clientèle sans que cela nuise à l'accomplissement complet et constant de ses devoirs militaires ; aux clients civils, de voir si les obligations militaires d'un médecin de l'armée ne le mettent pas dans un état d'infériorité marquée vis-à-vis des médecins civils pour la rapidité et la continuité des soins (— au milieu d'un accouchement il faudra aller à une prise d'armes ; dès qu'on connaît à fond les tempéraments d'une famille,

on change de garnison —) » et concluait que « si les médecins militaires doivent être privés du droit de faire de la médecine civile, c'est par décision de l'autorité militaire ou des clients eux-mêmes, mais ce ne peut être par le corps médical s'appuyant sur des règles de déontologie confraternelle ». Le professeur Lacassagne (*Arch. d'anthrop. crim.*) a souligné que le médecin militaire possède un diplôme qui lui donne le droit, s'il se fait inscrire au tableau des médecins et paye patente, d'exercer comme les autres la clientèle. La suppression de la patente est venue, comme je le disais, modifier la position de la question.

Reste l'obligation du dépôt du diplôme et du visa de la Préfecture. L'administration civile peut-elle la décliner ? L'autorité militaire interdira-t-elle aux médecins militaires de donner aucune consultation rétribuée ? Franchement, cette mesure me semble désirable au moment où la crise de la difficulté de vivre s'accroît incontestablement pour les médecins civils. Sauf les cas exceptionnels où les soins médicaux ne seraient pas assurés dans quelque pays éloigné où il se trouverait, il me semble que le médecin militaire en activité ou de la marine en résidence dans un port agira sagement en se bornant à soigner les soldats, les marins, les officiers et leur famille. Naturellement, si après avoir pris sa retraite, il se sent encore le besoin ou le goût de la pratique civile, rien ne s'oppose à ce qu'il exerce dans la ville ou la station thermale de son choix, et ses confrères civils ne manqueront pas d'entretenir avec lui les relations professionnelles normales.

Sans doute, trop de médecins civils avaient eu grand tort de négliger pendant la paix de conquérir, en subissant les examens nécessaires, le nombre de galons proportionnel à leur âge et de ne pas s'initier, par des périodes réglementaires d'instruction, aux particularités de l'hygiène du soldat et aux prescriptions, — parfois singulières, — des règlements du service de santé. Par suite, beaucoup, d'abord mobilisés comme infirmiers, pourvus plus tard d'un seul galon d'or malgré des cheveux gris, ont trouvé pénible d'être commandés et quelquefois rabroués par des médecins de l'active plus galonnés, mais plus jeunes, et qui leur ont fait sentir leur insuffisante connaissance du B. O.

Il a pu arriver qu'un inspecteur à feuilles de chêne sur son képi ait trop rudement semoncé et traité « comme un simple tambour » un aide-major de complément quadragénaire, dont il désapprouvait les incisions ou les pansements ; il est même arrivé, par exception rare sans doute, que ce grand chef, au mépris de la déontologie et même de l'humanité, se soit oublié vis-à-vis d'un confrère, devenu son subordonné par circonstance, jusqu'à lui adresser, en présence même des blessés, des reproches de nature à lui aliéner la confiance de ceux-ci ou à provoquer même leurs récrimina-

tions. Il faut déplorer ces abus. Mais en revanche combien de médecins de l'active se sont montrés dans tant de circonstances, dans les formations de l'avant comme dans les hôpitaux des régions, de parfaits camarades pour leurs subordonnés de complément !

Toutefois ces dramatiques circonstances ont mis en lumière la profonde divergence de points de vue entre les médecins militaires et les militarisés sur des questions capitales concernant la médecine et la chirurgie et surtout certaines spécialités, dont le service de santé n'avait pas eu à se préoccuper en temps de paix, et dont la méconnaissance a eu de regrettables conséquences pour certaines catégories de blessés et de malades. La tendance des médecins militaires à faire passer avant tout l'observation littérale de règlements souvent désuets, en désaccord avec les nécessités scientifiques actuelles, leur longue subordination à l'intendance, bien qu'abrogée, et leur permanente subordination au commandement ont créé dans le corps de santé militaire un état d'esprit qui se transmet de promotion en promotion.

Si la lettre du règlement est observée, le Directeur du service de santé est satisfait. J'en eus un jour la preuve : ayant réclamé le changement de lits qui, par la minceur de leur unique paillasse, par la brièveté de leurs pieds étaient aussi fâcheux pour les typhiques sur lesquels on les avait couchés que pour les médecins chargés de les ausculter et obligés, pour le faire, de se coucher par terre à côté des lits, lits qui d'ailleurs avaient été commandés exprès pour ce service de contagieux, je m'entendis répondre que, le modèle étant conforme au numéro du catalogue d'après lequel la commande avait été faite, il n'y avait pas lieu à réclamation. Ce directeur était pourtant un excellent homme, dévoué à sa fonction, plein de courtoisie, mais il y avait si longtemps qu'il n'avait plus fait personnellement acte médical qu'il en était arrivé à ne plus voir les nécessités du traitement qu'à travers des lunettes d'administrateur.

CHAPITRE XVIII

Rapports avec les auxiliaires du médecin.

§ I. — DES PHARMACIENS. — DES PROPHARMACIENS.

Si tous les pharmaciens observaient exactement la loi et la jurisprudence, leur rôle se bornerait à exécuter les ordonnances des médecins, à vendre les spécialités que fabrique l'industrie chimique, les sérums et les vaccins préparés par les instituts pathologiques, à stériliser les objets de pansement pour les chirurgiens, à faire les analyses biologiques et chimiques réclamées par les médecins.

Mais il arrive trop souvent qu'ils sortent de leurs attributions, soit en délivrant des médicaments sans ordonnance, soit en donnant des conseils aux malades, qui en s'adressant à eux directement espèrent économiser le prix de la consultation médicale. Cela se passe surtout dans les quartiers ouvriers, mais aussi un peu partout : ce sont le plus souvent des gens pauvres, des domestiques qui constituent cette sorte de clientèle, des jeunes gens qui réclament un traitement pour leurs maladies vénériennes. Quand on reproche à un pharmacien de ne pas renvoyer le client au médecin, il répond que, quand il agit ainsi, il ne revoit plus le client.

C'est un abus ancien de la part des pharmaciens d'empiéter sur notre domaine, puisque Henri II a promulgué en 1556 un édit de Fontainebleau, dans lequel il stigmatise les « apothicaires oublians que leur estat est de dispenser seulement les ordonnances des médecins et à toutes adventures ordonnent eux-mêmes et donnent les médecines non cognoissans à quelles maladies sont bonnes ou mauvaises ; dont plusieurs périssent et decedent et les autres tombent en telle extrémité, que purs estans au désespoir de leur santé, malaisée pour cette occasion à restablir, recourant aux vrays médecins ne peuvent qu'à bien grand peine par voye et moyen de leur art

estre remis ; chose de pernicieuse conséquence tant à la république que profession de iadite médecine » — et précise que « aucun d'eux ne passera outre son état, n'entreprendra donner ni ordonner médecine quelconque sans conseil ni ordonnance de médecin sous peine de cinquante livres parisis d'amende ».

Un autre abus est l'exécution à plusieurs reprises de la même ordonnance, abus particulièrement grave quand il s'agit de morphine ou cocaïne ; ce dernier danger s'étant affirmé depuis quelques années par des procès scandaleux, les poursuites ont été plus fréquentes, la loi plus rigoureusement exécutée.

On a pu reprocher à certains de vendre trop de remèdes secrets, des pommades, appareils portant le nom de charlatans, de substituer aux médicaments prescrits d'autres qui, coûtant moins, leur permettent de vendre au rabais.

Quoi qu'il en soit, notre devoir est d'éviter avec les pharmaciens toute entente commerciale, tout compérage. Sous aucun prétexte, le médecin ne doit accepter de remises, ni sur les ordonnances exécutées, ni sur les spécialités. On ne saurait trop blâmer ces consultations dites gratuites, données dans l'arrière-boutique d'une officine ou dans son voisinage par un médecin qui reçoit ensuite une indemnité du pharmacien.

Le médecin doit vivre en bons termes avec les pharmaciens, mais ne pas en recommander un de préférence aux autres et, conservant son indépendance, il peut, s'il constate des abus de leur part, les signaler aux syndicats médicaux.

Du pharmacien, nous ne pouvons accepter qu'une *réduction* plus ou moins forte sur les médicaments qu'il nous fournit *pour notre usage personnel* ou celui de notre famille directe, quand nous le spécifions sur l'ordonnance. La diminution peut descendre au prix de revient, mais il y aurait inconvénient à accepter la gratuité, car nous devons conserver une pleine liberté pour apprécier la manière dont sont exécutées nos ordonnances.

Dans le même ordre d'idées, nous conseillons de ne pas donner de soins gratuits au pharmacien ou à sa famille, mais de faire une large réduction, de moitié par exemple, sur les honoraires habituels.

Le médecin peut exercer en même temps médecine et pharmacie s'il est pourvu du diplôme de pharmacien ; il est autorisé même à délivrer des médicaments à ses clients, s'il n'y a pas d'officine ouverte dans la localité où il exerce, mais il ne doit pas le faire dans le cas contraire, quelle que soit la distance qui sépare de l'officine le domicile de son client.

Le médecin peut conserver chez lui et utiliser les substances nécessaires aux pansements qu'il fait d'urgence. (*Gaz. Trib.*, 22 septembre 1900.)

LE MÉDECIN AUTORISÉ A FAIRE LA PHARMACIE OU PROPHARMACIEN

En vertu de l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI les médecins établis dans les communes dépourvues d'officine sont autorisés à exercer la pharmacie.

Mon regretté homonyme, le docteur Ch. Legendre, a proposé de dénommer *propharmaciens* ces médecins qui, sans avoir passé par la filière des études pharmaceutiques, ont cependant le droit légal de faire acte de pharmaciens. Ce confrère, qui était lui-même pharmacien de l'École supérieure de Paris et était un auditeur assidu de mes conférences, a soutenu en 1902 une thèse intitulée : « Les propharmaciens, leurs droits, leurs devoirs. » Il y résume ainsi les charges et obligations imposées par la loi au médecin propharmacien ; celui-ci doit :

1° S'assurer qu'il n'existe pas de pharmacien ayant officine ouverte dans la commune qu'il habite.

2° Faire, devant le maire de sa commune, une déclaration préalable de son intention de se livrer au commerce de substances vénéneuses, en indiquant le lieu où est situé son établissement, — réclamer au maire un extrait de cette déclaration et le renouveler en cas de déplacement de l'établissement.

3° Tenir un registre des poisons dans les formes légales et le conserver — registre spécial coté et paraphé par le maire ou le commissaire de police et sur lequel seront inscrits de suite et sans aucun blanc tous achats et ventes de substances vénéneuses, avec l'espèce et la quantité des substances achetées ou vendues, ainsi que les noms, professions et domiciles des vendeurs ou acheteurs.

4° Renfermer les substances vénéneuses dans un lieu sûr et fermé à clef.

5° Se munir de la dernière édition du Codex et de son supplément et s'assurer que les médicaments qu'il compose ou détient sont préparés conformément au formulaire légal.

6° Vérifier la qualité et la pureté des médicaments qu'il délivre et dont il a toute la responsabilité.

7° Faire contrôler ses poids et mesures.

8° Apposer les étiquettes exigées par la loi ; étiquette spéciale (rouge orange) sur les médicaments pour usage externe et étiquette avec nom, adresse, désignation et mode d'administration pour les médicaments toxiques.

9° Se rappeler qu'*il ne peut délivrer ces médicaments qu'aux malades près desquels il est appelé et qui habitent une commune privée de pharmacien.*

10° Se soumettre aux visites ayant pour but de constater : 1° la qualité et la pureté des médicaments; 2° leur préparation conforme au Codex et 3° l'observation des lois et règlements sur les substances vénéneuses. — Enfin acquitter la taxe de visite de 4 francs.

Le propharmacien a des devoirs envers ses clients : Éviter les erreurs de formules et de préparation ; il doit avoir étudié la pharmacotechnie, pour ne pas s'exposer à dénaturer ses médicaments, à les rendre inactifs ou même dangereux — les erreurs de médicaments, danger toujours suspendu sur la tête de ceux qui les manipulent, et pour cela les conserver toujours en ordre et dans le même ordre dans une armoire spéciale ; le meilleur moyen d'éviter les erreurs, c'est de contracter dans la manière de procéder de bonnes habitudes, de ne s'en départir sous aucun prétexte et de ne les changer que pour les améliorer.

Il faut relire sa propre formule avant de l'exécuter et la transcrire aussitôt sur le livre avant de délivrer les médicaments.

Éviter la *confusion des ordonnances*, si on en a plusieurs à exécuter en même temps, et dans ce but inscrire le nom du malade sur chaque ordonnance et sur l'enveloppe de chaque médicament.

Ne confier sous aucun prétexte l'exécution des formules à une personne de sa famille ou de sa maison.

Le propharmacien ne doit vendre aucun remède secret (art. 32 de la loi de germinal) et, pour éviter toute accusation, doit toujours faire une ordonnance, indiquer sur celle-ci la formule complète qu'il veut employer et dont le numéro correspond à celle qui est portée sur l'étiquette et sur le registre.

Car « en présence d'un dénouement fatal et rapide chez un de ses clients la malignité peut le faire accuser d'erreur et même de crime et il se trouverait en mauvaise posture s'il n'avait pas fait d'ordonnance ou fait une formule incomplète prêtant à une fâcheuse interprétation ».

Il doit éviter le mercantilisme et ne pas donner prise à l'accusation d'y sacrifier ; il ne comptera donc pas de prix exagérés. Il doit être rémunéré largement de ses débours et de son travail de préparation.

Les éléments de base pour l'établissement des prix de vente sont : 1° le prix coûtant ; 2° la majoration (et non le bénéfice) qui doit couvrir les frais généraux, les pertes éventuelles, le droit d'emplacement et l'intérêt du capital engagé : les produits rares ou de conservation difficile doivent subir une plus forte majoration ; 3° les honoraires rémunérant le travail de préparation, l'application des connaissances acquises et la responsabilité éventuelle ; 4° le cours, sans consentir à un avilissement des prix qui correspondrait à l'emploi des produits de basse qualité. Il est recommandé au propharmacien de ne pas délivrer de médicaments à crédit. Il ne doit pas

oublier qu'il n'est pas commerçant, n'a pas de livres de commerce, pas de factures, que ses fournisseurs ne peuvent escompter ses traites et qu'il ne dépend pas du tribunal de commerce. La délivrance d'un médicament représente pour lui un débours dans lequel il doit rentrer immédiatement.

Avec les pharmaciens le propharmacien doit entretenir de bons rapports, mais éviter une trop grande familiarité qui pourrait le faire soupçonner d'entente illicite ou de compérage par trafic de droits de partages et de remises au détriment des malades.

L'auteur, que je cite et qui parlait avec son expérience personnelle, conseille aux propharmaciens de s'approvisionner dans les pharmacies voisines plutôt que dans les drogueries, pouvant « avoir ainsi, non seulement des renseignements précieux, mais une garantie plus grande et des médicaments préparés par doses ou disposés pour un emploi facile ».

Si un pharmacien vient s'installer dans la commune, le propharmacien ne peut s'y opposer et perd aussitôt le droit légal d'exercer la pharmacie. Il peut s'entendre avec le pharmacien nouveau venu pour lui céder des instruments et son stock de médicaments, que l'arrivée de ce confrère lui rend inutilisables ; car il subit une sorte d'expropriation mobilière. En cas de contestation sur la valeur du matériel, il y a lieu d'invoquer une expertise des chambres syndicales.

§ 2. — RAPPORTS AVEC LES SAGES-FEMMES

Les rapports qui existent entre le médecin et la sage-femme varient suivant le lieu où ils exercent et suivant leur degré d'instruction respective. D'une manière générale, le bon accord qui règne entre eux leur profite à tous deux ; inversement ils auront à souffrir l'un et l'autre de leur inimitié. Tantôt c'est la sage-femme à qui le médecin crée des ennuis en lui reprochant publiquement son ignorance, son impéritie ou en insinuant qu'elle.... se livre couramment à des manœuvres abortives. Tantôt c'est la sage-femme qui laisse entendre qu'un accident mortel survenu chez une accouchée est dû à une faute opératoire commise par le praticien qu'elle a appelé à son aide.

L'article 4 du titre III de la loi Chevandier est en effet ainsi conçu :

« Art. 4. — Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans les cas d'accouchements laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine. Il leur est également interdit de prescrire les médicaments, sauf le cas prévu, etc.

« Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et revaccinations antivarioliques. »

Voilà ce que la loi permet aux sages-femmes de faire en dehors de l'art des accouchements ; il faut bien reconnaître qu'un certain nombre d'entre elles, surtout dans les grandes villes, ne s'en tiennent pas là et font couramment de l'exercice illégal de la médecine ; elles se livrent à des examens gynécologiques, à de petites opérations, à des pansements répétés et à la thérapeutique de certaines maladies de l'enfance. Il ne faut pas tolérer ces abus ; quand on connaît personnellement les sages-femmes qui pratiquent ainsi la médecine, il faut leur en faire reproche et les menacer au besoin de plainte à une association de défense professionnelle, voire même aux tribunaux.

Si nous devons nous montrer sévères pour les rares sages-femmes qui ne se limitent pas à l'exercice de leur profession, soyons au contraire bienveillants et bien disposés pour celles qui se tiennent sur le terrain que leur assigne la loi, pour celles — c'est de plus en plus la majorité — qui exercent honorablement un métier aussi pénible que peu rémunérateur ; elles rendent de grands services à une clientèle souvent négligée par le médecin. Appelé pour un cas de dystocie, le médecin se conduira avec la sage-femme comme vis-à-vis d'un confrère, et même ne craindra pas de montrer encore un peu plus de courtoisie. Quel que soit le cas pour lequel il a été appelé, que la dystocie ait été inévitable ou malheureusement créée par l'impéritie de la sage-femme, qu'il se garde de toute réflexion. S'il y a eu faute commise, il faut en atténuer les conséquences sans rien dire qui puisse éveiller l'attention de la famille. Lorsque l'accouchement sera terminé, il faudra donner en particulier quelques conseils à la sage-femme, dans l'intérêt des malades qu'elle soignera ultérieurement.

Dans certains pays, à la campagne surtout, il existe des luttes assez vives entre médecins et sages-femmes : elles sont regrettables. Il y aurait intérêt pour tous les deux à une bonne entente : les sages-femmes pourraient rendre grand service aux médecins en les aidant auprès des femmes en couches, en leur épargnant de longues heures de présence auprès d'elles, comme cela se pratique dans les grandes villes.

Par contre, les médecins doivent soutenir les sages-femmes dans leurs revendications, contre les matrones par exemple, et dans la défense de leurs intérêts légitimes.

CHAPITRE XIX

Réflexions sur l'exercice de quelques spécialités.

Passons en revue les conditions psychiques et les aptitudes qui sont nécessaires dans certaines spécialités.

EXERCICE DE LA CHIRURGIE

Dans une émouvante étude sur l'âme du chirurgien, le brillant opérateur qu'est J.-L. Faure a tracé en quelques pages vécues la psychologie de sa profession. Il a montré que le chirurgien n'est plus, s'il l'a jamais été, le mortel brutal et insensible que se figurait le public. Si une certaine indifférence physique à la vue des spectacles sanglants est une qualité nécessaire et que les jeunes gens d'aujourd'hui n'ont eu que trop d'occasions d'acquérir sur les champs de bataille, l'anesthésie a enlevé à l'acte opératoire son antique caractère d'horreur.

Le chirurgien brutal est devenu une exception désuète; le bourru même est de plus en plus rare. « Il doit être doux et compatissant avec ceux qui souffrent, affable et persuasif avec ceux qu'épouvantent les opérations, patient avec les malades qui ne le sont pas. D'ailleurs la douceur n'exclut pas l'énergie, la persuasion peut marcher de pair avec l'autorité, une inébranlable fermeté peut s'allier à la plus inlassable patience, et il est des chirurgiens à l'aspect rébarbatif qui savent parler aux enfants avec une douceur infinie et qui ont le don d'accompagner leurs soins de ces paroles réconfortantes et consolatrices qui sont si douces aux pauvres souffrants. »

Mais « l'exercice de la chirurgie demande une incontestable solidité morale ». Connaissant tour à tour l'angoisse du péril imminent et la satisfaction de la difficulté vaincue, brusquement et sans transition, il passe de

la tranquillité d'âme où le laisse une opération régulière à l'inquiétude subite qui naît de quelque accident imprévu. Obligé à prendre instantanément les décisions les plus graves, quand l'opération s'impose avec une sorte d'évidence, le chirurgien n'a pas le droit de s'abstenir. Par exemple dans le cas d'une hernie étranglée, où un retard de quelques heures est un arrêt de mort, « il a le devoir d'opérer, même contre la volonté du malade ». Sa volonté doit primer celle d'un malade ignorant et qui ne peut apprécier la gravité de son refus. Il suffit d'agir au grand jour et devant témoins. De même en face d'une hémorragie grave ou d'une asphyxie menaçante, que peut seule prévenir une trachéotomie immédiate.

La décision d'opérer est plus angoissante encore dans le cas d'affections qui compromettent gravement la santé et peuvent même, par suite de complications imprévues et fréquentes, entraîner une mort rapide, mais qui peuvent parfois guérir spontanément ou à la suite d'un traitement purement médical (par exemple, affections de l'utérus ou des annexes, appendicites, cholécystites, pyélonéphrites, ulcus gastrique ou duodénal).

Une opération, qui a les plus grandes chances d'être suivie d'une guérison rapide, risque cependant, pour peu que le cas soit particulièrement grave, de se terminer par la mort. Dans cette éventualité, le chirurgien, en se décidant à agir, aura donc en réalité prononcé un arrêt de mort...

« Après avoir examiné son malade avec toute l'attention et toute la sollicitude dont il est capable, après avoir, au besoin, fait appel aux conseils et à l'expérience d'un ou plusieurs de ses collègues, après avoir mûrement pesé le pour et le contre, comparé les raisons qui le poussent à opérer et celles qui l'en peuvent détourner, après avoir supputé les chances de vie et de mort que peut donner l'abandon du malade et celles que l'on est en droit d'attendre d'une opération, il doit, en son âme et conscience, prendre la décision et, lorsqu'il l'aura prise, fermement, calmement, refoulant dans son âme tout autre sentiment que celui de l'accomplissement de ce que sa conscience lui dit être son devoir, sans hésitation ni défaillance, marcher droit au but. »

Pour l'acte opératoire, après la propreté, l'asepsie rigoureuse, le calme du chirurgien est la première garantie du succès, ce calme grâce auquel l'opérateur parfait ne tremble pas et ne paraît jamais plus tranquille qu'aux moments les plus critiques.

Presque aussi utile est la patience, qui permet au chirurgien de ne pas se laisser énerver par les incidents d'une opération longue et difficile, « maladresse ou inattention d'un aide, mauvais fonctionnement d'un instrument, fragilité d'un fil qui casse au moment même où on finit de le nouer, impossibilité de saisir un petit vaisseau qui s'acharne à donner du sang ».

Cette patience lui évitera de déconcerter, par des explosions de colère et des reproches durs, ses aides, dont le trouble augmenterait la maladresse.

L'existence du chirurgien est une existence d'émotions vives, où alternent les heures d'amertume et les satisfactions profondes.

La chirurgie a un champ d'action de plus en plus étendu; elle est presque toujours plus lucrative que la médecine, elle est auréolée aux yeux du public par les merveilles qu'on lui voit accomplir; on comprend donc qu'elle séduise beaucoup de jeunes gens. Mais il faut qu'avant de s'y engager les étudiants réfléchissent aux aptitudes particulières qu'elle réclame.

EXERCICE DE LA MÉDECINE THERMALE

La médecine thermale offre un champ de plus en plus vaste à l'activité des jeunes docteurs. Le public est chaque jour plus disposé à adopter les « cures d'eaux » pour des raisons où n'entre que partiellement la conviction qu'on y trouve la guérison, mais qui n'en assurent pas moins la vogue croissante des stations : occasion pour les uns de se reposer de leur profession, pour les autres de varier leurs distractions, pour beaucoup de suivre la mode qui réunit aux mêmes époques, dans les mêmes lieux, la même société.

A côté des raisons étrangères à la médecine, il est certain que le développement de plus en plus grand des maladies chroniques diathésiques rend de plus en plus utile l'usage de ces agents thérapeutiques qui, employés judicieusement, permettent d'opposer des interventions médicamenteuses périodiques à l'action lente et continue des causes morbides permanentes : maladies par perversion de la nutrition (obésité, diabète, goutte, lithiases), affections dites rhumatismales, affections du tube digestif, innombrables névroses, certaines formes de tuberculose, affections cutanées, séquelles de traumatismes et de blessures de guerre etc.) sont justiciables des cures thermales. Dans les maladies diathésiques, celles-ci ne sauraient suffire sans doute à procurer des améliorations durables, si entre les cures les malades ne veulent pas ou ne peuvent pas modifier une hygiène défectueuse; mais d'une part les cures leur apportent un soulagement bienfaisant, d'autre part elles offrent aux médecins des occasions d'amener les malades à réfléchir pendant quelques semaines sérieusement à leur santé, à prendre et à réaliser parfois d'utiles résolutions pour le reste de l'année. Il n'est donc pas douteux que, vogue mise à part, les stations balnéaires sont assurées d'un succès croissant qu'elles méritent. L'utilité des eaux et du climat est encore accrue par l'adjonction des agents physiques : massage, électrothérapie, thermothérapie, mécanothérapie, qui

permettent aux malades de trouver dans un nombre de plus en plus grand de stations ces puissants agents thérapeutiques, que dans le cours de l'année les très grandes villes seules peuvent leur offrir. Pour toutes ces raisons on peut être assuré que les stations thermales verront désormais leur succès croître et que dans un pays comme le nôtre, où se trouve la plus riche gamme d'eaux minérales et de climats, un nombre de plus en plus grand de médecins y pourra trouver son emploi.

Mais, pour réussir dans ce genre de médecine, il faut, comme pour beaucoup de spécialités, une *préparation* et des *qualités spéciales*.

Il est indispensable d'avoir une instruction médicale générale qui permette de démêler rapidement les caractéristiques des principaux états morbides pour lesquels les malades sont envoyés à la station, de contrôler (discrètement, bien entendu, et sans y paraître) le diagnostic et les indications posés par le confrère qui envoie le malade, pour que celui-ci tire le parti le plus avantageux de son séjour, et enfin de pouvoir diagnostiquer les incidents morbides qui peuvent surgir au cours de la cure.

Pour être capable d'accomplir cette tâche vite (vite, car les clients sont souvent nombreux et le médecin pressé), mais toujours bien, le médecin thermal doit donc être un bon clinicien.

D'autre part, il doit être familiarisé plus particulièrement avec les affections qui fournissent la clientèle habituelle de sa station; il doit avoir fait de sérieuses études sur la tuberculose, la syphilis, les dermatoses dans certaines stations, sur les maladies du tube digestif dans d'autres, sur les diathèses, etc. Il doit pouvoir être au courant de certaines techniques : recherche de la pression artérielle, hématimétrie, analyses des crachats, d'urines ou des fèces, sinon pour les faire lui-mêmes, du moins pour en apprécier la signification.

La médecine thermale soulève la question préjudicielle de la manière d'utiliser les spécialistes au mieux des intérêts des malades et des rapports que doivent avoir les médecins de famille et les « médecins d'eaux » entre eux pour sauvegarder à la fois l'intérêt primordial du malade, et aussi l'intérêt et la dignité des confrères; Louis Brocq, aussi éminent en pathologie générale qu'en dermatologie et en déontologie, a formulé sur le premier point d'excellents préceptes (1).

Il est très souhaitable que le public soit renseigné par les médecins sur le danger qu'il y a pour lui à se précipiter de sa propre initiative vers tel spécialiste ou telle station. Les médecins de famille doivent faire son éducation; mais il est à penser qu'il y aura toujours des malades qui iront *proprio motu* aux eaux, sans avoir consulté leur médecin et en subissant

(1) *Bull. méd.*, 1918.

seulement les suggestions de leurs relations. Le médecin de la station auquel ils s'adressent fera bien de leur exprimer le regret qu'ils arrivent ainsi sans les renseignements précieux qu'eût pu fournir leur médecin habituel, et devra redoubler d'attention dans l'examen clinique et la recherche des commémoratifs. Si le malade est envoyé par un confrère, celui-ci fera toujours bien de confier au malade non seulement une lettre d'introduction, mais un résumé du passé et des raisons qui militent en faveur de la cure, un aperçu du caractère du patient pouvant guider le langage ou la surveillance du médecin des eaux. — S'il y a quelques particularités à cacher, il faudra avoir écrit à celui-ci directement — ou avoir confié la lettre secrète à la personne qui accompagne le malade.

Le médecin qui doit exercer dans une station thermale doit posséder certaines qualités sociales, l'habitude « du monde », qui permet assez rapidement d'apprécier à quelle catégorie sociale appartiennent ces clients de passage, afin d'y adapter son langage et sa manière d'être.

Il devient de plus en plus utile, presque indispensable, de manier une ou deux langues vivantes; l'usage de l'anglais et de l'espagnol, de l'italien, du portugais assure une clientèle d'étrangers au médecin qui les parle. On n'ose prévoir dans quelle mesure l'allemand pourra être utile encore.

Le médecin thermal ne peut exercer la médecine générale pendant le reste de l'année; mais il peut adopter une station d'été et une d'hiver entre lesquelles il pourra aller visiter les confrères qui lui enverront des malades.

Pendant ces périodes de repos relatif il fréquentera les cliniques hospitalières, les laboratoires, les sociétés scientifiques, pour se tenir au courant des découvertes ou des recherches nouvelles.

A-t-il l'aptitude à écrire, quand il aura réuni des faits intéressants, il les fera connaître, acquérant ainsi une notoriété légitime, si les cas ont été bien observés et apportent quelque appoint à la science thermale. Mais on ne saurait encourager ces publications hâtives des débutants qui encombrent les recueils scientifiques de faits déjà connus et sans portée. Les réputations durables ne s'obtiennent que par la patience.

La proposition faite récemment de prolonger les cures thermales en adjoignant une saison de printemps à celle d'été pourra modifier dans l'avenir le curriculum saisonnier des médecins de stations.

Une clientèle thermale peut s'acquérir de bien des façons; la transmission familiale directe ou indirecte (fils, neveu, gendre) en est une, qui donne souvent de bons résultats pour les médecins et pour le public; le jeune médecin est initié peu à peu par son père, son oncle ou son beau-père aux caractéristiques de la station, il est introduit peu à peu auprès des anciens clients et la succession se fait un jour sans difficultés; souvent le vieux et

le jeune exercent côte à côte, le second se résignant à n'être qu'un suppléant ou coadjuteur avec future succession. Les exemples sont nombreux de familles médicales dont le nom est attaché depuis plusieurs générations à une station.

Sinon, un jeune médecin qui désire s'installer dans une station commence par en avertir ses anciens maîtres et ceux-ci se font en général un plaisir et un devoir de lui adresser ses premiers clients, s'ils n'ont pas déjà un ancien élève dans la même station et s'ils ont pour leur ancien élève des sentiments d'estime et de confiance. En vue de leur établissement futur, les jeunes gens ont beaucoup à attendre de leurs anciens maîtres qui, en les signalant au public, en se portant garants de leurs aptitudes, peuvent ainsi récompenser ceux qu'ils ont connus assidus au travail et en qui ils espèrent voir se développer les germes des qualités professionnelles. Il est naturel que les chefs s'attachent à ceux qu'ils ont eus le plus longtemps sous leur direction ; aussi sont-ce les anciens internes et les externes qui sont appelés surtout à bénéficier de la protection de leurs chefs ; toutefois un ancien stagiaire, qui s'est fait remarquer par son zèle, son intelligence, sa tenue, est assuré aussi de trouver appui pour ses débuts. C'est d'ailleurs à la fin de leurs études, quand ils cherchent leur orientation, que les étudiants font sagement d'aller revoir leurs anciens maîtres pour se rappeler à leur souvenir, exposer leurs plans et demander conseil.

On tire encore bon parti pour la clientèle thermale des relations mondaines et de la sympathie de compatriotes de la même ville ou de la même province. Mais ce n'est qu'un appoint qui ne suffit guère pour les débuts et qui vient s'agglutiner peu à peu autour d'un premier noyau.

Il y a des médecins dont le choix est dicté par le lieu de naissance même, par la notoriété de leur famille dans une station comme propriétaire d'hôtel, de villas ou actionnaires de la compagnie fermière.

Il est utile aussi d'avoir consacré à la station thermale visée ou à quelqu'une des maladies qu'on y soigne une thèse ou autre publication, si le travail a été fait avec assez de soin pour mériter d'être analysé et cité avec éloges par la presse médicale. Mais il serait imprudent de se fier uniquement à ce moyen.

En réalité, s'installer dans une station sans protection médicale, sans relations mondaines, c'est se vouer à végéter bien longtemps.

Généralement les débutants louent un appartement ou une villa situés à proximité de l'établissement ; ils mettent la plaque traditionnelle indiquant leurs heures de consultation, se font inscrire sur la liste des médecins de la station, après avoir visité leurs confrères déjà installés et le directeur de l'établissement, le maire et les notables.

La concurrence est âpre naturellement sur un terrain aussi restreint,

surtout parmi les médecins qui n'ont pas encore acquis une situation incontestée ; il serait puéril d'espérer un accueil toujours encourageant de la part des confrères ; beaucoup diront au nouveau venu qu'il n'y a plus de place à prendre. Les notables au contraire de la station ou de la ville, toujours satisfaits de voir s'accroître le nombre des médecins qui par leur affluence confirment le succès des eaux, prodiguent les encouragements et donnent souvent des illusions auxquelles il est imprudent d'ajouter foi. L'accueil des confrères est d'ailleurs presque toujours courtois pour un débutant inconnu, qui n'arrive pas muni de titres scientifiques notoires ; il ne se refroidit que si le nombre des clients du nouveau venu s'accroît assez rapidement et il est bon de ne donner alors aucune prise sérieuse à la critique par son caractère, son langage, sa tenue.

Le succès se dessine, quand les premiers clients adressés au débutant ont trouvé en lui les qualités que j'ai signalées plus haut comme indispensables à la réussite : examen soigneux avant de commencer à prescrire les bases du traitement, surveillance attentive de la marche de la cure.

C'est un mauvais calcul de déployer une obséquiosité exagérée à un nouveau client, comme de faire un véritable boniment sur les effets merveilleux que doit donner la cure. Sauf dans certains cas où les malades, venus avec répugnance sous la pression de leur médecin ou de leur entourage, ont besoin qu'on leur inspire confiance par l'affirmation énergique du bien-être qu'ils en éprouveront, il convient, pour être dans la note vraie, de faire espérer de bons résultats à la condition que le client suivra docilement les indications qu'on lui donne.

L'attitude à prendre dépend d'ailleurs de la catégorie des malades à qui on a affaire et de la station : les grandes stations à réputation mondiale n'ont pas besoin qu'on fasse leur éloge ; il serait quelquefois plus sage de ne pas trop préjuger de leur efficacité dans certains cas appelés à être rebelles ; on peut toujours faire espérer une amélioration, qui se produira un certain temps après la cure et s'accentuera par des cures ultérieures. Cette phraséologie, qui est raillée souvent par les malades et les littérateurs, est pourtant, malgré les plaisanteries auxquelles elle donne lieu, l'expression d'une vérité clinique, à la condition de ne rien exagérer : les effets des médications thermales sont essentiellement des réactions de l'organisme et celles-ci ne sont qu'exceptionnellement instantanées. A part une expulsion calculeuse, ou quelque autre crise favorable qui peut se manifester au cours de la cure, ou un trouble névropathique qui bénéficie de la suggestion, le plus souvent celle-ci n'a fait qu'*amorcer des modifications physiologiques* dans le fonctionnement des grands appareils et les résultats de ces modifications peuvent n'être apparents qu'au bout de quelques semaines, sinon de quelques mois. Il arrive même, pour les cures qui

sont énergiquement « perturbatrices » et qui sont par suite les plus puissantes, que les premiers effets apparents soient une fatigue et une exacerbation douloureuse.

Il est naturellement indispensable qu'avant de commencer à prescrire des cures le jeune médecin thermal ait étudié théoriquement, aussi complètement que possible, la composition de toutes les sources, leurs effets physiologiques, qu'il ait lu tous les travaux importants publiés par ses prédécesseurs.

Mais il y a toujours un moment où il lui faut acquérir une *expérience personnelle* et il ne faut pas que ce soit à ses dépens plus qu'à ceux de ses premiers malades. La thérapeutique thermale, pour toutes les eaux vraiment efficaces, offre une gamme très étendue d'effets individuels, à laquelle il est impossible de s'initier par la seule lecture. L'acquisition du doigté artistique ne s'obtient que par la pratique personnelle et les avantages sont grands pour les fils ou parents de médecins exerçant depuis longtemps dans une station, s'ils peuvent pendant une ou deux saisons servir d'assistants à leurs aînés, s'initiant ainsi peu à peu. D'ailleurs, sans parenté, une adoption professionnelle peut réaliser cet avantage pour le coadjuteur avec future succession ; mais le public se prête moins facilement à la combinaison.

Insistant sur la comparaison de la médication thermale avec le doigté artistique, un médecin, qui exerce depuis trente ans avec un succès incontesté dans une de nos plus grandes stations, me disait un jour : « Ce n'est pas tout d'avoir en mains un excellent violon et un archet, il faut avoir appris à s'en servir, et mon exemple le prouve. J'ai débuté avec bien des atouts dans mon jeu : ancien interne de Paris, protégé par des maîtres puissants, né dans la ville où je m'installais, marié avec une femme de la même ville et par conséquent pourvu des meilleures relations locales, j'ai vu arriver rapidement dans mon cabinet une clientèle nombreuse. J'aimais la clinique et je m'efforçais de faire mon métier de mon mieux.

« Néanmoins pendant les trois premières années j'ai connu de fréquentes déceptions, en ce sens que la plupart de mes malades voyaient leur cure s'accidenter de crises pénibles (coliques hépatiques, néphrétiques, vomissements, diarrhées, accès de goutte), accidents pénibles pour eux d'abord et pour moi aussi qui presque chaque nuit étais appelé au chevet de l'un d'eux pour procurer un soulagement immédiat.

« Cette fréquence de péripéties que je n'avais pas prévue et que je n'ai plus rencontrée à partir de la troisième année a failli me faire abandonner la partie, tant je me sentais découragé. Que m'avait-il manqué ? Le maniement personnel des ressources thermales, l'art de doser, d'obtenir les améliorations par une progression méthodique et presque insensible, qu'on

ne trouve pas dans les livres, puisqu'on n'a jamais pu retracer les innombrables nuances individuelles de l'évolution clinique et des réactions thérapeutiques. Quand j'ai pu constater par moi-même pendant trois saisons un assez grand nombre d'évolutions de cures, je me suis trouvé, sans m'en être rendu compte, maître de mon instrument thermal, et à partir de ce jour j'ai eu de moins en moins de déceptions. »

Une déclaration si franche d'un homme des plus intelligents est utile à soumettre aux méditations des aspirants et des débutants.

Parmi les clients il en est un certain nombre qui viennent moins pour se soigner que pour se distraire ; ceux-ci consultent peu les médecins ou ne vont voir que les médecins très connus, dont ils ne suivent guère d'ailleurs les avis. Les débutants n'ont guère cette clientèle.

Au cours de la cure, le médecin doit suivre régulièrement les effets du traitement et varier ses prescriptions suivant les résultats constatés : il suffit quelquefois que le client revienne tous les cinq ou six jours, suivant les indications qu'on lui a données. S'il y a un incident obligeant le malade à garder la chambre, le médecin s'empresse de répondre à son appel et se voit obligé parfois d'interrompre la cure pour laisser évoluer la crise. Beaucoup de malades, qui sont arrivés avec l'intention formelle de ne consacrer à leur cure que les vingt et un jours traditionnels, sont fort découragés quand on leur fait prévoir qu'il faudra rester plus longtemps. Aussi est-il sage de combattre le préjugé traditionnel et de dire souvent aux arrivants que l'éventualité d'une prolongation de cure doit toujours être envisagée.

Si les malades, qui font la cure pour la première fois, sont parfois difficiles à guider à cause des idées préconçues qu'ils ont apportées d'après les comparaisons avec des amis ou connaissances qui ont eux-mêmes été traités à la station, on rencontre une autre difficulté avec ceux qui, étant déjà venus, pensent que toujours leurs cures ultérieures seront identiques à la précédente et qu'ils pourraient presque se passer de revoir le médecin ; quelquefois même ils s'en passent tout d'abord, ne recourant à lui qu'au cas d'incident imprévu. Appelé ainsi d'urgence, pour réparer les troubles provoqués par le malade lui-même, le médecin profitera de l'occasion pour faire comprendre le danger qu'il peut y avoir à se passer ainsi de sa direction.

Si la plupart des malades comprennent que la surveillance du médecin leur est utile sous la forme de quelques consultations au cours de la cure ou à l'occasion d'incidents, on n'en voit guère qui soient satisfaits de l'insistance du médecin à les surveiller de trop près, même si les honoraires ne doivent pas s'en trouver augmentés ; quelques médecins ont le tort de se montrer chaque jour à leurs clients, de les aborder aux bains, aux buvettes, pour leur parler de leur santé ; cet excès de zèle est parfois mal jugé.

Un point délicat est la fixation de la mesure dans laquelle le médecin peut fournir aux malades des renseignements extra-médicaux relatifs à leur installation et à leurs distractions.

Le médecin doit fournir toutes les indications nécessaires à l'accomplissement du traitement (formalités relatives à l'établissement, etc.).

Mais il n'est pas rare que des personnes écrivent avant d'arriver ou s'adressent à leur arrivée au médecin de la station dont le nom leur a été signalé par leur médecin ou des amis, pour se faire indiquer hôtel ou villa. Rien n'est plus naturel que de donner les indications générales répondant aux conditions de prix désirées, mais il est préférable d'indiquer plusieurs noms pour ne pas paraître faire de réclame en faveur d'un hôtel ou d'un propriétaire. Il ne faut surtout pas prendre l'initiative d'offrir ces indications, sous peine de s'exposer à être ravalé au niveau des « pisteurs » payés par beaucoup d'hôteliers. Plus imprudent encore au point de vue de sa réputation serait le médecin indiquant spontanément des lieux spéciaux de distraction, des produits non médicaux, même alimentaires, à prendre chez tel ou tel marchand.

Quant à l'emploi du temps en dehors de la cure, le médecin est dans son rôle strict s'il donne certains conseils en rapport avec l'état de la santé et le bénéfice à obtenir du traitement. Ces conseils viseront le plus souvent l'abstention des veilles, des distractions fatigantes, mais aussi parfois l'indication de distractions utiles, sports hygiéniques, buts et modes de promenades ou d'excursions.

L'emploi du temps du médecin lui-même pendant la saison, quand il n'est pas trop absorbé par sa clientèle et peut songer à se distraire, doit être tel qu'il évite les railleries ou l'accusation de donner le mauvais exemple : la fréquentation des salles de jeux, l'apparition trop fréquente dans les lieux de plaisir ne peut que nuire à un praticien en diminuant son autorité.

La réunion de la plupart des agents physiques permet dans beaucoup de stations de renforcer l'action thérapeutique des eaux par l'adjonction de moyens physiothérapiques, et l'occasion est bonne pour beaucoup de malades de bénéficier de ces puissants moyens de traitement qui ne sont pas à leur disposition dans beaucoup de villes au cours de l'année. Toutefois le médecin doit faire un choix judicieux parmi ces moyens accessoires de la cure pour ne pas fatiguer les malades ; on ne peut songer à soumettre en trois ou quatre semaines un patient à l'action combinée des eaux en boissons, bains ou douches, avec les massages, l'électricité et la mécanothérapie sous peine de lui retirer toute capacité de réaction. Il ne faut pas non plus paraître imposer à des malades peu fortunés des frais supplémentaires trop lourds, il faut ménager les forces et la bourse des clients.

Quand la cure est finie, si le client avait été adressé par un confrère, il est correct et utile d'écrire à celui-ci directement (cela vaut mieux) ou de remettre à son intention une lettre au client, en exposant la marche et les résultats actuels de la cure.

Beaucoup de clients demandent s'ils devront revenir ; il est correct de leur dire, s'ils ont été envoyés par un confrère, que celui-ci en décidera l'année prochaine. S'il est évident dès maintenant qu'une cure ultérieure sera nécessaire, il faut le dire ; mais, dans le cas où l'amélioration peut paraître suffisante, il vaut mieux répondre que le malade en jugera lui-même dans quelques mois. On évite ainsi le soupçon de vouloir faire revenir toujours systématiquement les clients.

Un certain nombre de malades demandent des conseils pour l'emploi de cures d'eau transportée pendant le cours de l'année ; il est parfaitement correct de leur donner les indications utiles. S'ils n'ont pas de médecin, on peut même leur donner par écrit quelques conseils *généraux* d'hygiène alimentaire et générale. Mais il faut s'abstenir de toute prescription médicamenteuse, qui pourrait être maladroitement employée. Si le client a été envoyé par un confrère, il faut s'abstenir rigoureusement d'empiéter sur les droits de celui-ci et il serait franchement incorrect de tracer d'avance un *curriculum vitæ* hygiénique, et à plus forte raison médicamenteux, pour l'avenir.

Il arrive de temps en temps qu'un malade se présente dans une station, soit *proprio motu,* soit sur le conseil d'un médecin qui n'a pas fait un diagnostic exact, soit malgré son médecin, dans des conditions pathologiques qui ne sont pas justiciables de cette station ou risquent même de s'y aggraver, tel par exemple le cas d'un cancer méconnu. Quand le médecin de la station s'est rendu compte de l'erreur commise, il doit naturellement détourner le malade d'entreprendre la cure. Il doit s'y prendre avec assez d'adresse pour ne pas inquiéter trop le malade et pour ne pas faire taxer d'imprudence ou d'erreur le confrère qui l'a envoyé ou laissé venir. On peut lui dire que le voyage a sans doute amené une fatigue qui rendrait le traitement trop accablant, que le temps n'est pas favorable et que l'action des eaux serait en ce moment trop énergique, qu'il vaut mieux rentrer à la maison ou tout au moins différer jusqu'à une autre saison ; si le malade insiste et veut être traité, il est bon de provoquer une consultation avec un confrère de la station afin de l'en dissuader d'un commun accord ou de ne lui laisser faire qu'un semblant de traitement. On doit naturellement, s'il y a des parents qui l'accompagnent, leur expliquer en particulier le motif de ces réticences. Il est plus délicat de faire savoir au confrère qui avait envoyé le malade qu'il avait été mal inspiré ou avait mal observé son client ; on peut presque toujours lui laisser le bénéfice de l'hypothèse

d'une lésion latente à l'époque de son examen et qui serait, par une évolution rapide, devenue en quelques jours perceptible; les choses, d'ailleurs, se passent parfois ainsi. Qui de nous n'a pas été dans sa carrière dupe et victime de fausses apparences cliniques ?

MÉDECINS DIRECTEURS DE SANATORIUMS

La lutte contre la tuberculose n'a été longtemps soutenue que par de rares bonnes volontés et des initiatives privées qui n'avaient encore réussi qu'à édifier un sanatorium populaire, Bligny, avec la succursale de Montigny-en-Ostrevent; quelques sanatoriums privés, ceux de Durtol, La Motte-Beuvron, Trespoëy, Hauteville. Et l'Assistance publique ne possédait qu'Angicourt, si insuffisant pour la population ouvrière de Paris.

Il a fallu la guerre pour que la masse des tuberculeux militaires obligeât le Sous-Secrétariat du service de santé à créer, sous l'impulsion de Léon Bernard, des hôpitaux de tuberculeux et que, grâce à une entente avec le directeur de l'Hygiène publique du ministère de l'Intérieur, des sanatoriums civils fussent organisés pour recevoir les réformés. Nous voyons en ce moment se développer l'organisation entreprise, soutenue par l'opinion publique et le Comité national d'assistance aux tuberculeux.

La multiplication des sanatoriums et des dispensaires a nécessité et nécessitera de plus en plus la nomination de médecins directeurs et c'est une voie de spécialisation ouverte aux jeunes médecins. Or il n'est pas donné à tous de remplir ces fonctions avec succès et il faut des qualités morales autant qu'une préparation spéciale technique.

Pour que le sanatorium produise tous ses bienfaits, il est nécessaire que le médecin qui le dirige ait une réunion de qualités, que certains ont naturellement, que quelques-uns n'auront jamais, mais que beaucoup peuvent acquérir en s'y exerçant. En ce sens ne serait-il pas désirable que dans l'avenir, avant de diriger lui-même un sanatorium, le médecin décidé à entreprendre cette carrière eût fait un stage comme assistant auprès d'un confrère plus ancien qui aurait déjà fait ses preuves ? La situation est la même pour le médecin de sanatorium que pour l'aliéniste, qui doit apprendre comme adjoint son métier avant d'endosser les lourdes responsabilités du directeur.

Quelles sont donc les *qualités nécessaires* au médecin de sanatorium ?

J'ose à peine dire qu'il doit avoir fait une étude spéciale de la tuberculose et qu'il doit être rompu aux difficultés de l'auscultation fine. Si je ne craignais de paraître pessimiste, j'émettrais la crainte qu'à ce point de vue le recrutement des futurs médecins de sanatoriums ne tendît à devenir plus difficile ; car nous voyons que la connaissance de la technique stéthosco-

pique fléchit plutôt dans les jeunes générations. On a dit que cet affaiblissement, peu contestable, de l'habileté à ausculter pouvait être attribué à l'orientation trop exclusive vers les recherches bactériologiques ; je n'en crois rien. J'y vois plutôt la conséquence de l'insuffisance du stage hospitalier et de sa mauvaise réglementation qui, étant donnés l'augmentation du nombre des étudiants et le petit nombre des services dans lesquels la Faculté les répartissait jusqu'ici, ne permettait plus aux étudiants, à moins d'une exceptionnelle bonne volonté, d'apprendre peu à peu la grammaire professionnelle sous la direction amicale et patiente de chefs de service dignes de ce nom.

Mais passons aux qualités morales que requiert la direction médicale du sanatorium.

Une des plus précieuses me paraît être l'*aptitude à juger du caractère des malades ;* car elle seule permet de démêler dans chaque cas particulier quelle attitude il faut prendre vis-à-vis du nouveau venu. Cette sagacité dans l'appréciation des caractères doit être doublée d'un tact fin et sûr dans la distinction des nuances sociales.

Dès l'arrivée de chaque nouveau malade, le médecin du sanatorium, tout en prenant connaissance de l'état de ses poumons et de son tempérament physique, doit s'efforcer d'entrer en contact intime avec sa personne morale. Profitant du besoin d'expansion qui suit nécessairement la transplantation dans ce nouveau milieu, il sauta faire comprendre qu'il est prêt à recevoir avec discrétion toutes les confidences, en les encourageant délicatement.

Il saura, suivant les cas, rassurer ou effrayer dans la mesure convenable et ne se lassera pas plus de soutenir par ses exhortations les défaillances du courage que de réprimer avec énergie les velléités de révolte contre la règle.

La *patience*, une patience inlassable, angélique, est indispensable, mais elle doit avoir pour correctif une fermeté inébranlable.

La *fermeté* doit être exempte de rudesse, de même que la discipline du sanatorium ne doit pas être du caporalisme.

Une qualité nécessaire encore est une *attention minutieuse aux plus petits détails* concernant le bien-être matériel des malades et un souci constant d'aller au-devant de leurs besoins légitimes, sans attendre leurs réclamations.

SERVICES ET DISPENSAIRES DE VÉNÉRÉOLOGIE

Au premier rang des organisations les plus nécessaires à l'hygiène publique auxquelles pourront participer les médecins, il faut placer les

Services et Dispensaires de vénéréologie. Mon ami le Dr Louis Queyrat, l'éminent syphiligraphe de l'hôpital Cochin, qui fut chef du centre dermato-vénéréologique militaire de Versailles pendant la guerre, a dans un rapport remarquable au Comité national d'Hygiène sociale (1), exposé le plan d'organisation de 300 services ou centres vénéorologiques à créer en France, répartis suivant le chiffre des habitants des principales villes et la composition de leur population (ouvrière ou militaire).

Chacun de ces services serait dirigé par un médecin chef et un assistant avec des traitements de 10,000 francs et 4,000 francs, recrutés par un concours dont les juges seraient des spécialistes de valeur incontestée : ces médecins devraient savoir faire le diagnostic clinique des diverses maladies vénériennes, appuyé sur les recherches microbiologiques et sérologiques, préparer les solutions arsenicales, exécuter les injections intraveineuses comme il convient, savoir traiter les accidents qui peuvent survenir du fait de l'injection, avoir la pratique des divers traitements mercuriels, faire les grands lavages de l'urètre, les ponctions lombaires et interpréter l'examen du liquide céphalo-rachidien. A chaque service serait attaché un chef de laboratoire rompu aux techniques bactériologiques et chimiques nécessaires ; un garçon ou une fille de laboratoire, un panseur, trois infirmières compléteraient le personnel. Les médecins et le chef de laboratoire demeureraient libres d'avoir une clientèle personnelle et payante en dehors des heures consacrées à leur service officiel.

Nul doute qu'une telle organisation ne rendît d'immenses services au public, tout en assurant à un millier de médecins d'appréciables avantages.

LES MÉDECINS DES COMPAGNIES DE CHEMINS DE FER

Les médecins chefs des réseaux sont seuls appointés en général ; leur service est fort chargé et requiert des qualités particulières pour être rempli à la satisfaction des administrateurs et du personnel ; les titulaires doivent avoir, outre une instruction étendue, un esprit d'organisation, un mélange de fermeté et de complaisance que n'ont pas tous les praticiens. Comme on est en général assez longtemps adjoint avant de devenir titulaire, on peut d'ailleurs s'initier peu à peu aux difficultés très réelles de cette fonction.

Les médecins des stations, qui n'ont que des avantages de parcours gratuit permanent pour eux et de temps en temps pour leur famille, ont souvent beaucoup de peine. Néanmoins ces postes sont fort recherchés.

(1) 13 février 1919.

LE MÉDECIN DES DUELLISTES

La plupart des médecins n'ont pas l'occasion d'être appelés à assister un client dans un duel; cette éventualité ne se rencontre guère qu'à Paris et dans les grandes villes où la plupart du temps les duellistes sont des journalistes ou des hommes politiques. Ce sont souvent les mêmes confrères qui sont pour ainsi dire spécialisés dans la matière par suite de leurs relations ou de la fréquentation des salles d'armes et des stands. Les duels entre hommes publics étant rarement terminés par de graves blessures, leur rôle se borne surtout à rassurer la galerie et à éviter en cas d'accident que les tribunaux se montrent sévères pour le triomphateur et les témoins. Rendre les lames d'épée aseptiques est un rite depuis quelques lustres.

Il arrive tout de même, par exception, qu'un duel entre particuliers animés d'une vraie haine ou qu'une balle malencontreuse puisse entraîner un sérieux traumatisme et le médecin qui a accepté d'assister au combat peut être appelé à exercer son art : arrêter une hémorragie, faire un pansement provisoire, et surtout veiller à ce que le transport du blessé dans une maison de santé s'exécute le plus vite possible et dans les meilleures conditions.

Sommes-nous tenus, malgré notre répugnance, à déférer à l'appel d'un client qui nous demande de l'assister ? C'est un cas de conscience tout personnel et je n'y ferais pas allusion si je n'avais trouvé dans les statuts d'un syndicat l'interdiction à ses adhérents d'assister des duellistes.

CHAPITRE XX

Les incidents de la vie professionnelle.

§ 1er. — FATIGUE ET REPOS. — VACANCES

Le principal ennemi du médecin, c'est la fatigue. Si beaucoup d'entre nous meurent prématurément, c'est à cause de l'usure organique résultant du surmenage professionnel. Les causes de la fatigue sont multiples; la fatigue musculaire modérée ou intermittente pour certains d'entre nous, est grande pour le médecin des quartiers pauvres, qui monte d'innombrables étages; les mouvements que nécessitent l'auscultation, la manipulation des malades, certains accouchements, la station prolongée auprès des lits sont des facteurs de fatigue d'autant plus actifs qu'ils s'exécutent dans l'air confiné et vicié des chambres de malades. Le médecin de campagne est dans de meilleures conditions que son confrère des grandes villes : le plein air, l'auto, la bicyclette le défendent.

Ce qui accroît la fatigue physique, c'est la tension nerveuse continue, la préoccupation de se savoir attendu toujours impatiemment, les dérangements nocturnes, les repas précipités ou interrompus plusieurs fois, pris à heures irrégulières, engendrant presque inévitablement la dyspepsie. A ces causes d'usure s'ajoutent les angoisses au sujet de l'évolution des maladies graves, l'inquiétude relative aux résultats du traitement. Que de causes a le praticien d'être exténué le soir !

Cette fatigue, qui s'accumule avec les années, le met bien souvent en état d'opportunité morbide et rend graves des maladies bénignes, mortelles des maladies graves. On la supporte encore assez bien pendant la jeunesse, mais de moins en moins bien à mesure qu'on vieillit. Or si le jeune médecin connaît encore les loisirs forcés d'une clientèle trop restreinte, le prati-

cien à l'apogée de sa carrière ne les connait plus. « Le médecin jeune meurt de faim, le vieux meurt de fatigue », disait un humoriste peu réconfortant. N'y a-t-il point de remède à cette usure par le surmenage? Si, dans une certaine mesure, à la condition d'organiser le mieux possible sa vie et de ne pas se laisser entraîner par les incidents quotidiens.

Au début de la carrière il est sans doute difficile, sinon impossible, de faire comprendre aux premiers clients qui vous viennent que le médecin même a besoin parfois de repos, de repas réguliers; mais, dès que le praticien a su se faire apprécier et se rendre nécessaire, il doit peu à peu, par une pression lente et progressive, si je puis dire, imposer la discrétion à ses clients, faire quelquefois attendre ceux qu'il sait n'avoir pas besoin de soins immédiats, terminer ses repas avant de se rendre à un appel et surtout se ménager périodiquement d'abord quelques heures de repos par semaine, puis quelques jours par an et plus tard même quelques semaines, au fur et à mesure qu'il avance en âge. Ainsi est née la question du repos hebdomadaire et des vacances dont nos anciens n'ont guère parlé, mais qui s'est imposée peu à peu à nos générations, surtout dans les villes où les conditions de la vie sont de plus en plus pénibles par suite de l'intensité croissante des rapports sociaux, du mouvement de plus en plus rapide qui entraîne les contemporains.

En 1907, l'Association des médecins de France réclama pour le médecin le droit au repos hebdomadaire, qui n'a rien d'excessif au milieu de concitoyens exigeant la réduction du travail à huit et même six heures et la semaine anglaise, c'est-à-dire le repos du samedi après-midi outre celui du dimanche. Cette réclamation provoqua dans la presse parisienne une polémique ardente : le bruit se répandit que désormais aucun médecin ne voulant plus se déranger le dimanche, ce jour-là les malades seraient abandonnés; l'occasion était bonne pour « dauber sur les médecins, sur leur manque d'humanité ». L'Association avait décidé que, pour refréner les exigences de certains clients qui, pouvant parfaitement attendre le lundi pour faire venir le médecin, trouvent plus commode de le déranger le dimanche, le praticien aurait le droit de majorer le prix des visites réclamées ainsi sans urgence. Peu à peu le public s'y fait.

La solution de la question des vacances annuelles réside principalement dans l'entente avec les confrères. Quand ils sont prêts à s'entr'aider, ils se mettent d'accord pour ne pas prendre leurs vacances en même temps et pour se remplacer à tour de rôle. Si le praticien est seul dans son bourg ou son village, ou s'il est en termes discourtois avec son confrère le plus proche, il s'entend avec un remplaçant. Mais il est imprudent, à partir d'un certain âge et dans certaines conditions de clientèle pénible, de rester plus d'une année sans prendre quelques jours de repos; que de confrères

j'ai connus qui, pour ne pas se rendre à l'évidence de cette loi du repos, soit par crainte de perdre quelques clients, soit pour ne pas diminuer leurs recettes annuelles, soit par un sentiment excessif des obligations professionnelles, soit même par gloriole d'être insensibles à la fatigue, ont dépassé la limite de leurs forces et se sont tués à la tâche, laissant dans l'embarras leurs proches par une mort prématurée !

§ 2. — DANGERS. — COURAGE PROFESSIONNEL

Le médecin est appelé au cours de sa carrière à montrer toutes les formes du courage.

Comme étudiant, il doit d'abord supporter les émotions si pénibles, si douloureuses même, qu'impose à tout homme d'une sensibilité moyenne la vue quotidienne des souffrances physiques, telles qu'elles apparaissent dans les salles de chirurgie et de médecine; les jeunes gens d'une sensibilité particulièrement développée sont longtemps à s'y accoutumer; il en est qui ne le peuvent jamais, et ceux-ci font bien de renoncer à lutter contre ces influences déprimantes.

Au fur et à mesure que l'étudiant entre en contact plus intime avec les malades, dès l'internat, il apprend à connaître les souffrances morales de beaucoup d'entre eux et, pour peu qu'il ait le cœur bien placé, il éprouve une sympathie douloureuse qui ira en s'accentuant parfois au fur et à mesure qu'il recevra des confidences plus intimes, comme praticien, des familles à la vie morale desquelles il se trouve mêlé. On arrive à se blaser sur la vue des souffrances physiques, à moins qu'elles ne soient si excessives que nos moyens thérapeutiques ne peuvent les soulager, plus facilement qu'à devenir insensible à ces douleurs morales des parents, des époux qui voient leur échapper des êtres aimés, malgré tous les sacrifices auxquels ils consentent pour les sauver, et nous souffrons d'être les spectateurs impuissants trop souvent de ces douleurs.

Nous avons à déployer le courage quotidien qui consiste à supporter un surmenage de jour et de nuit, nous arrachant à la vie de famille au moment où notre présence serait si agréable et souvent si nécessaire au foyer. Le médecin, qui voudrait rester au chevet de sa femme ou de ses enfants malades, en danger même, ne peut hésiter à répondre à l'appel du malade, souvent moins malade que ceux dont il s'éloigne plein d'angoisse. Parfois, souffrant, malade lui-même, il se traîne péniblement vers le patient qui le réclame, patient qui est aussi parfois moins malade que son médecin et qui, dans un élan d'égoïsme inconscient, s'écrie quand il est rassuré : « Mon cher docteur, rentrez chez vous, soignez-vous bien surtout », n'ajou-

tant pas, mais donnant à entendre : « Vous pouvez négliger vos autres clients, pourvu que vous répondiez à mon appel. »

Au lendemain de la perte des êtres les plus chers, il doit s'arracher à son deuil et au besoin de l'isolement pour aller soulager ou seulement tranquilliser et consoler autrui, lui qui aurait tant besoin d'être consolé lui-même.

Le courage d'affronter les contagions n'est peut-être pas bien méritoire dans la vie courante; au bout de quelques mois de fréquentation des salles, l'étudiant a cessé d'y penser en général. Mais, quand surviennent les grandes épidémies, le choléra, le typhus et la peste, la méningite cérébro-spinale, plus d'un n'a pu se défendre d'une appréhension légitime, et pourtant on a vu si rarement le médecin se dérober à son devoir que, si on a cité la défaillance d'un Sydenham, c'est précisément parce qu'elle constituait une extraordinaire exception. Sans parler des épidémies rares, auprès d'un diphtérique, d'un syphilitique même, la pensée vient quelquefois au praticien des cas où la contagion s'est produite et, si de nos jours, les progrès des traitements spécifiques rendent ces contagions moins redoutables, qui n'a pas eu un instant le souvenir des plaques de marbre noir où se détachent en lettres d'or, à l'entrée de nos hôpitaux, les noms de camarades emportés en quelques jours victimes du devoir ou la réminiscence plus pénible peut-être encore de quelque confrère infecté professionnellement succombant quelques années après à quelque tumeur cérébrale ou paralysie générale.

Rappellerai-je les risques si grands du maniement des rayons de Rœntgen, les mutilations lentes et implacables, la mort même qui peut en être la conséquence ?

D'autres fois le risque est plus brutal et plus rapide encore : le couteau d'un aliéné (Vallon, Maubrac), le revolver d'un persécuté (Guinard, Pozzi) ont compromis ou interrompu des existences précieuses. Et pourtant, quel aliéniste, quel chirurgien se laisse arrêter par la pensée de ces dangers dans l'accomplissement de son devoir quotidien ?

Enfin, au lendemain de cette affreuse et glorieuse tourmente au cours de laquelle ont disparu tant de jeunes étudiants, d'internes, de confrères (auxis, aides-majors ou plus galonnés) tués ou mutilés par les projectiles pendant qu'ils ramassaient les blessés entre les tranchées, les pansaient dans les enfers des postes de secours ou dans les hôpitaux du front, comment ne pas vanter le courage militaire de nos médecins ? Dans un admirable livre, la *Vie des Martyrs,* notre confrère Georges Duhamel, chirurgien, poète et prosateur, a su montrer comment ceux d'entre nous qui étaient au feu soignaient et consolaient le Poilu de France, rivalisant avec lui d'intrépidité. Comment ne pas rappeler que, après l'infanterie et proportion-

nellement à leur nombre, ce sont les médecins qui ont payé le plus fort tribut à la mort, puisque sur 17,759 médecins mobilisés on compte que 1,235 ont succombé aux blessures ou maladies (Dr Mauclaire, Soc. de pædiatrie, 21 janvier 1919). On a vu quelques-uns de nos jeunes non-combattants prendre le revolver ou le fusil pour défendre leurs blessés que ne respectait pas même un ennemi méprisant toutes les conventions de Genève, sans parler de ceux qui ont préféré être officiellement combattants, officiers d'artillerie, comme le professeur Balthazard, ou de chasseurs alpins.

Il faut aussi parler du courage moral si élevé et si difficile qui, dans certaines circonstances, oblige le médecin, lié par le secret professionnel, à refuser de répondre à des accusations injustes lancées contre lui à l'occasion de sa pratique par une opinion publique égarée ou une presse mal informée.

C'est une des formes du courage professionnel de se refuser rigoureusement à délivrer un certificat de complaisance ; elle n'est quelquefois pas sans mérite, quand on en est prié par des proches ou certains clients influents ou très affectionnés.

§ 3. — LA RESPONSABILITÉ MORALE, CIVILE ET PÉNALE DU MÉDECIN

La responsabilité sociale est l'obligation où est chacun de répondre de ses actes. Quel est le degré de responsabilité que peuvent encourir les médecins envers les particuliers ou le public à l'occasion de l'exercice de leur profession ? Les textes de loi et les arrêts de jurisprudence l'ont établi avec plus ou moins de précision ; Me Ribadeau-Dumas fournira sur ce point important des renseignements avec une compétence que je ne puis avoir.

A côté de la responsabilité légale, civile ou pénale, et au-dessus, oserai-je dire, est la responsabilité morale, la plus lourde aux âmes vraiment médicales. Elle peut être personnelle ou corporative ; car, si par certaines imprudences ou ignorances, nous pouvons faire tort à des malades et à notre réputation personnelle et nous créer des remords qui empoisonneront le reste de nos jours, nous pouvons aussi, en vertu de la solidarité qui dans une large mesure nous lie à nos confrères, faire rejaillir sur le corps médical tout entier les éclaboussures de l'indignation ou du mépris public.

Ce n'est pas que la solidarité médicale soit sans limite ; dans toute profession il y a des indignes et nous avons le droit de renier ceux qui, par improbité ou par cupidité, souillent l'honneur professionnel comme ceux qui, par leur paresse au cours de leurs études ou par leur indifférence aux progrès de la science pendant les années de leur pratique, se sont expo-

sés à commettre des fautes lourdes, dommageables à autrui ; les premiers méritent le mépris, les autres peuvent être plaints, mais non excusés, et, lorsque les tribunaux leur demandent des comptes, notre devoir n'est pas de les défendre.

En revanche, lorsqu'un d'entre nous est accusé injustement, nous ne devons jamais hésiter à le secourir. C'est un devoir auquel jamais le corps médical n'a manqué et ne manquera.

La responsabilité médicale ne peut être absolue; elle varie nécessairement suivant bien des circonstances et elle a d'ailleurs varié historiquement avec les progrès de la médecine. Telle médication florissante dans le passé est devenue criminelle et, pour n'en citer qu'un exemple, la méconnaissance systématique de l'asepsie est de nos jours inexcusable. Mais, si telle circonstance nous empêche de réaliser certaines indications thérapeutiques, nous ne pouvons être jugés criminels de ne pas les avoir remplies.

La responsabilité commence avec la fréquentation des hôpitaux. L'étudiant doit exécuter les ordres qu'il reçoit ; s'il est inattentif aux paroles de son chef, il est coupable ; s'il prend sans nécessité urgente une initiative disproportionnée à ses connaissances, il est blâmable encore. Tant qu'il agit en présence de ses chefs, sa responsabilité peut être légalement couverte ; mais il est des cas où l'ignorance de l'étudiant n'excuse pas sa légèreté et son inattention, même si son chef endosse la responsabilité légale de la faute. L'externe qui tient le cahier de visite n'est pas toujours attentif et peut ignorer la thérapeutique même courante : dans un hôpital où j'étais interne, un externe écrivit 2 grammes d'extrait de belladone en une pilule, au lieu de deux centigrammes; c'était dans un service temporaire dépourvu d'interne en pharmacie, à une époque où la pharmacie était tenue par des religieuses ; celle qui exécuta la formule vit l'énormité et corrigea spontanément en 0,20 centigrammes. C'était déjà lourd! Quand je fis la contre-visite, je trouvai le malade intoxiqué par la belladone, n'urinant pas, couvert d'un exanthème scarlatiniforme, les pupilles énormes, délirant, et la gorge si sèche qu'il buvait à même un broc d'eau pour se désaltérer plus largement. Le chef de service avait bien contresigné le cahier de visite, mais il avait cent cinquante malades et ne pouvait vraiment relire toutes les prescriptions. Le malade guérit. S'il y avait eu poursuites judiciaires, les responsabilités légale et morale étaient complexes ; il en est souvent ainsi.

Il est arrivé que des étudiants, par vanité, présomption ou même désir de gagner illégalement un peu d'argent, aient entrepris de soigner en ville des malades ou des blessés : plus d'une fois ils ont commis des fautes lourdes. Le devoir des chefs est de faire énergiquement comprendre aux jeunes gens qui les entourent la gravité morale et légale de tels actes.

Mais dans l'hôpital toute intervention faite par un étudiant est supposée

contrôlée ou autorisée par son chef de service. Celui-ci a le double devoir de veiller à ce qu'aucun des malades confiés à ses soins ne puisse éprouver le moindre préjudice par le fait d'un de ses élèves — et cependant d'habituer ceux-ci tour à tour à pratiquer les interventions dont ils sont capables suivant leur degré d'instruction et leur ancienneté : c'est la seule manière de former dans l'intérêt du public de futurs praticiens qui n'aient pas à entreprendre pour la première fois sur leurs clients des interventions qu'ils ne connaîtraient que théoriquement et seulement pour les avoir vu faire. Et personne ne prétendra que la plus banale thoracentèse ou ponction d'ascite serait faite toujours sans inconvénient sur un malade par un docteur isolé qui n'aurait jamais eu de trocart en main, tandis qu'elle est absolument inoffensive pour le malade d'hôpital quand le débutant la pratique sous les yeux d'un chef, prêt à lui retirer l'instrument s'il manque d'adresse ou de sang-froid. Progressivement, depuis le stage jusqu'à l'internat, l'étudiant doit être entraîné des plus modestes actes de petite chirurgie jusqu'à la pratique des opérations usuelles urgentes et, quand il est interne, il arrive à faire des laparotomies et des ablations d'organes, même en l'abence de son chef, mais toujours sous la responsabilité de celui-ci. C'est une tolérance administrative légitimée par l'intérêt même des blessés dans les grands hôpitaux, où pendant la garde l'interne est si souvent mis en présence de graves traumatismes pouvant nécessiter une intervention sans délai. Sans doute l'interne doit d'abord faire prévenir le chirurgien, dit de garde ; mais celui-ci, qui n'habite pas l'hôpital, peut être assez longtemps avant d'arriver pour que son retard soit préjudiciable au patient. Outre les interventions d'urgence pendant la garde, un interne en fin d'études peut être, en général sans inconvénient pour les malades, autorisé par son chef à faire telle opération que celui-ci n'a pas le temps de faire ; mais le chef ne doit confier une telle mission que quand il est absolument certain de l'habileté et de la prudence de son élève, quand il l'a déjà vu opérer plusieurs fois devant lui des cas semblables. Certains malades, excités contre le personnel des hôpitaux par de bas intérêts, ont intenté des procès à l'Assistance publique et aux opérateurs, même quand ceux-ci étaient irréprochables. En 1903 une malade était entrée à Lariboisière pour subir une opération sur le rein droit dans le service du professeur Hartmann ; elle fut opérée par son interne, Lecène, qui depuis, nul ne l'ignore, est devenu à son tour un des plus habiles chirurgiens de la Faculté et des Hôpitaux, et l'opération entraîna l'hystérectomie supravaginale.

L'opérée réclama 10,000 francs de dommages-intérêts à MM. Hartmann et Lecène, prétendant qu'elle n'aurait pas dû être opérée par l'interne, et que l'opération avait été faite sans son consentement et celui de son mari. Elle fut déboutée.

Mais des trois questions que le litige posait, la première seule est indiscutable : *l'interne peut opérer en l'absence de son chef avec l'autorisation de celui-ci*, qui demeure toujours responsable des conséquences.

La seconde : *peut-on opérer une femme sans le consentement de son mari ?* a été le plus souvent tranchée négativement par la jurisprudence, à moins que le mari ne soit absent et l'opération urgente, et les chirurgiens qui dans la pratique urbaine ne s'inquiéteraient pas de ce consentement risqueraient de se voir refuser leurs honoraires ou même attaqués en responsabilité.

La troisième : *peut-on pratiquer une opération autre que celle qui était convenue ?* est discutable, c'est une question d'espèce. Quand un chirurgien agit ainsi, c'est qu'il s'y trouve obligé par une circonstance imprévue, née au cours de l'opération, constatation de lésion insoupçonnée ou plus étendue qu'on ne le croyait, accident opératoire que peut réparer seule une ablation d'organe qui n'était pas dans le plan primitif. C'est en vue de cette éventualité que le chirurgien fait toujours bien d'exiger la présence du médecin de la famille comme mandataire de celle-ci, soit que le médecin ait le temps d'aller requérir son consentement, soit que, en cas d'urgence ou d'éloignement, il puisse lui attester ultérieurement que l'opération imprévue était incontestablement nécessaire dans l'intérêt du malade et qu'il a assumé la responsabilité de l'autoriser.

Les praticiens doivent être prévenus que les procès en responsabilité deviendront de plus en plus fréquents : le public est enclin de plus en plus à croire que la médecine et la chirurgie sont des sciences soumises à des règles absolues, que leurs progrès sont de nature à rendre la guérison certaine si le praticien a bien réellement « fait tout ce qu'il fallait ». En outre, les agents d'affaires véreux sont aux aguets des occasions de conseiller aux patients mécontents ou aux familles indignées le procès qui doit permettre d'extorquer au praticien prétendu coupable les dommages-intérêts ou une indemnité amiable par crainte du scandale, si l'accusé a la faiblesse de se laisser intimider.

Sans pouvoir énumérer toutes les circonstances où notre responsabilité est en jeu, on peut citer les principales, celles qui ont donné lieu à des procès.

Le *refus de soins* de notre part, même en cas d'urgence, ne peut nous exposer à aucune revendication ; mais quel médecin a jamais refusé ses soins en cas d'urgence ?

L'*abandon en cours de traitement* sans motif, si cet abandon a pu causer des accidents graves, engage notre responsabilité.

Les *erreurs de prescription,* qu'elles résultent d'étourderie ou d'igno-

rance ou d'une écriture illisible, si elles ont causé la mort ou des accidents, entraînent une condamnation plus ou moins lourde, non seulement si la dose d'un toxique est manifestement supérieure à celle qui est indiquée dans les traités classiques, mais dans des cas où la dose n'était pas excessive en théorie et où le malade avait une idiosyncrasie intolérante — « attendu que les médecins ont le devoir d'étudier le tempérament, l'âge et la résistance de leurs malades, de s'assurer qu'ils peuvent supporter les toxiques qu'ils leur administrent, alors même qu'ils les leur appliqueraient à la dose usitée en pratique. » (Tribunal de Saint-Quentin, 1891.)

L'erreur fût-elle en réalité imputable au pharmacien, le médecin est responsable s'il n'a pas écrit en toutes lettres et lisiblement la dose de substance vénéneuse, s'il n'a pas énoncé par écrit le mode d'administration (espacement des doses, volume des cuillerées), eût-il même donné des explications verbales.

L'oubli de la dose est condamnable même pour les topiques : « crayons au sublimé pour usage intra-utérin » : empoisonnement mercuriel = 100 francs d'amende, 800 francs de dommages-intérêts.

Livraison d'un flacon de Baume Opodeldoch sans l'étiquette rouge pour usage externe (15 jours de prison, Tribunal d'Angers, 1876.)

Les *fautes de thérapeutique,* si discutables scientifiquement dans la plupart des cas, suivant les époques, et les doctrines régnantes, n'entraînent de condamnation judiciaire que s'il y a *faute lourde, négligence, légèreté* ou *ignorance des choses que doit nécessairement savoir tout docteur, imprudence, maladresse, impéritie, inobservation des règlements ;* telles sont les expressions usitées dans les arrêts de justice.

Bien que toute thérapeutique puisse être discutée, il y a pourtant certains cas où nous encourons une responsabilité morale en négligeant certaines médications qui, de l'avis de tous les maîtres contemporains, ont fait leurs preuves : la saignée dans l'œdème aigu du poumon, dans l'éclampsie et les urémies à évolution aiguë, l'immobilité et la diète dans les hémorragies du tube digestif, la kélotomie dans l'étranglement herniaire, etc.

L'introduction de la *sérothérapie* dans la thérapeutique contemporaine a fait naître des espèces nouvelles en matière de responsabilité à divers points de vue. On peut être accusé tantôt d'avoir négligé d'utiliser un sérum d'une efficacité incontestable, tantôt d'avoir causé des accidents en employant mal à propos ou à une dose excessive ou insuffisante un sérum efficace, tantôt d'avoir essayé prématurément un sérum encore scientifiquement discuté. L'embarras professionnel s'est compliqué par la découverte des accidents anaphylactiques, dont l'interprétation est fort difficile à faire comprendre aux magistrats comme aux familles.

Pour l'antidiphtérique, le plus ancien et le moins discuté maintenant, il doit y avoir bien peu de médecins à négliger de l'employer, non seulement en cas de diphtérie démontrée, mais dans tous les cas douteux. Je pense qu'on peut se considérer même comme moralement responsable des paralysies tardives, quand on a négligé son emploi à doses suffisantes.

Pour l'antitétanique, « s'il est un cas bien défini en médecine, c'est celui d'un charretier blessé d'un coup de pied de cheval avec souillure de la plaie par du fumier et de la terre. Tout médecin, en pareil cas, injectera du sérum antitétanique. C'est de la pratique courante et souvent nous voyons les familles réclamer elles-mêmes pour leurs malades l'injection préventive. Sans doute de rares accidents sériques ou anaphylactiques ont été signalés, mais ils sont exceptionnels et impossibles à prévoir, surtout quand le patient n'a reçu antérieurement aucune injection de sérum », écrivait Jean Camus, agrégé de la Faculté, en relatant les poursuites judiciaires exercées contre un confrère de Bretagne, dont le blessé, traité par lui dans les conditions normales, était mort de septicémie trois jours après ; le malheureux avait d'ailleurs bandé sa plaie avec un linge qui avait servi à panser une petite fille atteinte d'ostéomyélite aiguë, et avait succombé en disant : « Je meurs empoisonné par le sérum antitétanique. » Pour disculper le confrère il ne fallut rien moins que l'intervention de l'agrégé Richaud, dans le *Traité de thérapeutique* duquel le médecin s'était documenté avant d'injecter 12 cent. cubes, et du Dr Roux, membre de l'Institut (1).

Ceci se passait avant la guerre ; l'antitétanique a été injecté à tant de Poilus depuis lors qu'on peut espérer que la notion de son innocuité et de son utilité se sera diffusée dans les villages les plus reculés.

De même pour l'antiméningococcique et l'antidysentérique, comme pour l'antityphoïdique. Peut-être même faut-il s'attendre à voir désormais plutôt des poursuites intentées contre les médecins pour en avoir négligé l'emploi ; car le public est emballé dans la voie des sérums et, obéissant trop souvent à l'instigation des entrepreneurs de chantage, il nous attaquera soit pour usage, soit pour oubli de ces remèdes qui frappent son imagination.

C'est à l'occasion des *opérations chirurgicales et obstétricales* que le plus de poursuites ont été intentées et de condamnations prononcées. Je ne rappelle que pour mémoire le cas déjà ancien d'une brachiotomie pratiquée sur un enfant vivant, dont le bras était en procidence à la vulve et qui faisait dire à l'accoucheur Pajot : « Songez que cette main tendue vous demande une pension viagère. »

(1) Sérothérapie et responsabilité professionnelle, *Paris Médical*.

Mais nous avons vu plus récemment, en 1881, la condamnation pour homicide par imprudence d'un accoucheur du Puy qui avait pratiqué l'embryotomie dans un cas de présentation de l'épaule avec procidence du bras sans avoir préalablement tenté la version. Et qui peut avoir oublié l'affaire Laporte (craniotomie d'urgence dans des conditions matérielles et morales déplorables), où le professeur Pinard se montra si énergique et si habile défenseur d'un malheureux confrère ?

Pour la chirurgie, je rappelle les cas d'artère ouverte pendant la saignée, de gangrènes par suite d'appareils trop serrés ou mal surveillés, de pinces ou de compresses oubliées dans des ventres, de sondes cassées dans des urètres ou des œsophages, etc.

A côté des cas où l'opérateur a pu être incriminé avec raison d'imprudence ou de négligence, combien il y en a où il s'agissait d'un pur chantage, comme dans le cas de notre cher collègue Bazy père ! A l'opposé de l'accusation d'avoir oublié des pinces dans le corps, se place celle d'avoir oublié d'en mettre ou de les bien surveiller et d'avoir ainsi laissé se produire une hémorragie artérielle.

Les médecins ont été poursuivis pour accidents au cours de l'anesthésie dans les débuts surtout de l'emploi des anesthésiques. S'il vous arrive le malheur de voir succomber votre opéré sous le chloroforme, surtout n'imitez pas le confrère affolé qui se sauva en bousculant la famille, paraissant ainsi s'avouer coupable.

Des poursuites ont été intentées pour *transmission de maladies par le médecin ou par sa faute.*

Les plus fréquentes concernaient la syphilis (instruments mal nettoyés par un auriste ou un laryngologiste), vaccination avec une lancette malpropre ou en utilisant un vaccinifère syphilitique ; maintenant qu'on ne vaccine plus de bras à bras et qu'on se sert le plus souvent d'un vaccinostyle neuf et flambé pour chaque vaccination, ces causes de contamination sont supprimées.

La responsabilité du médecin en cas de contamination d'une nourrice par un nourrisson syphilitique a été récemment l'objet d'une étude très précise de G. Thibierge (1), complétant ses publications antérieures (*Syphilis et Déontologie*, 1903). Il analyse les jugements rendus dans des espèces diverses et montre que le médecin n'est condamné à des dommages-intérêts que quand il a agi avec une légèreté manifeste ou fait preuve d'une ignorance complète de la syphilis ; mais il conclut que, pour échapper à toute responsabilité, nous devons nous en tenir aux deux règles suivantes : 1° Ne jamais laisser confier à une nourrice l'enfant né de

(1) *Bulletin médical*, 27 septembre 1919.

parents syphilitiques ou sérieusement suspects de syphilis; 2° Retirer immédiatement du sein — à moins que la nourrice ne soit déjà contaminée — tout enfant atteint de manifestations syphilitiques ou sérieusement suspectes et, dans ce dernier cas, recourir de suite à tous les moyens susceptibles de trancher rapidement le diagnostic.

Il y a des médecins bien imprudents et quelques-uns bien malpropres. J'ai vu de mes yeux un confrère qui, pour ne pas perdre de temps dans une clientèle nombreuse d'ouvriers, n'employait jamais d'autre abaisse-langue que son doigt, qu'il ne lavait pas auparavant, hélas!

Il y en a qui par négligence prêtent le flanc à des attaques justifiées. Voici un fait : j'ai été appelé en consultation auprès d'une gangrène sénile du pied. Le patient commence par se plaindre d'un peu de refroidissement de ce pied; le médecin fait un bon enveloppement dans un pansement ouaté épais recouvert d'un bandage, avec les renversés les plus corrects. Les jours suivants, le malade accuse des douleurs de plus en plus vives; le médecin vient une fois, ne dérange pas le pansement, parle de rhumatisme et prescrit du salicylate de soude. On l'avertit que le malade souffre de plus en plus; pressé, sans revoir son client, il conseille de substituer l'aspirine. Enfin les douleurs sont intolérables. L'entourage enlève le pansement : le pied est noir et glacé, insensible au toucher, malgré les douleurs spontanées! Sans doute le confrère n'était pas la cause du sphacèle, comme le patient et sa famille l'en accusaient, mais vraiment sa négligence à regarder *locum dolentem* donnait barre sur lui.

Dans cet ordre d'idées, je rappelle la nécessité de surveiller l'état de la peau quand on laisse un sac de glace appliqué sur le ventre assez longtemps : sur certains téguments et dans certaines conditions d'adynamie une eschare peut se produire vite; un procès retentissant pour un cas de ce genre fut plaidé il y a quelques années.

La surveillance doit être incessante dans certaines maladies fréquentes à évolution sournoise. Il faut ausculter tous les jours une pleurésie et un rhumatisme articulaire aigu en évolution. Car la mort subite par suite d'un brusque accroissement d'épanchement pleural ou péricardique, si elle ne nous expose pas à des revendications judiciaires, nous donnerait le remords d'avoir laissé mourir des malades qui auraient pu guérir. Ainsi de la méconnaissance d'une albuminurie ou d'une glycosurie, d'un pneumothorax insidieux, d'une vomique pleurale, d'une sténose pylorique ou intestinale, etc., et, d'une manière générale, de tous accidents qui sont curables, s'ils sont diagnostiqués à temps, et mortels, s'ils sont méconnus : les méconnaître par ignorance et surtout par négligence engage gravement notre responsabilité morale.

Nous sommes moralement responsables aussi de n'avoir pas su dépister

le début d'une tuberculose ou d'avoir négligé d'en avertir à temps le malade, avec les précautions nécessaires, ainsi que l'entourage, au risque de laisser passer la période de curabilité ; — responsables aussi d'avoir négligé de soulager autant que possible ou de réconforter moralement, avec assez de patience et de cordialité, un patient que la douleur ou le découragement auront conduit au suicide ; — d'avoir pu favoriser l'intoxication morphinique, cocaïnique ou alcoolique par la prolongation de certaines médications chez des sujets que d'après leurs antécédents, leur hérédité ou leur tempérament nous pouvions supposer prédisposés à la toxicomanie.

Blâmable est l'opérateur qui confie l'anesthésie, sauf circonstances exceptionnelles où l'urgence ne permet pas le choix de ses aides, à une personne incompétente ou inexpérimentée ; — qui, en opérant, bavarde sur des sujets étrangers à l'opération, si sûr qu'il se croie de son habileté manuelle, et risque, en prolongeant sans nécessité l'intervention, d'en compromettre la réussite ; — qui, l'opération faite, ne s'inquiète pas des soins immédiats et ultérieurs, néglige de s'assurer si l'opéré, après l'anesthésie par l'éther, n'est pas exposé à quelques causes de refroidissement ; — qui, même, donne aux étudiants le mauvais exemple du sans-gêne. J'ai vu un chirurgien opérer la cigarette aux lèvres et saupoudrer involontairement de cendre (aseptique, pouvait-il dire?) la plaie saignante.

Notre responsabilité est engagée par les *certificats* donnés légèrement au sujet de malades qui ne sont pas soumis à notre examen, ou mal rédigés, sans renseignements suffisants, à propos d'accidents du travail, d'internements d'aliénés. Ne pas oublier la distinction de ceux qui sont ou non exempts du timbre. (Voir page 395.)

Il y a des *confrères qui parlent trop*, même au foyer domestique, de ce qu'ils ont fait dans leur clientèle. J'ai relevé dans un article de A. Lutaud (1) la mésaventure d'un confrère anglais, non des moindres. « En 1896, le célèbre accoucheur de la reine, Playfair, fut appelé en consultation auprès d'une dame Kitson, à laquelle il fit un curetage qui ramena des débris placentaires. Rentrant chez lui, il dit à sa femme : « Vous savez, chérie, cette madame Kitson, qui appartient, je crois, à vos relations, vient de faire une fausse couche et son mari est absent depuis un an : quel scandale ! » Lady Playfair jasa sur cet incident, et la réputation de Mme Kitson eut fort à en souffrir : se voyant diffamée, cette dame intenta un procès au célèbre accoucheur anglais, qui fut condamné à payer 300,000 francs de dommages-intérêts. Les tribunaux anglais sont plus sévères que les nôtres,

(1) *Journal de Médecine*.

Le Dr Playfair paya, mais jura qu'il ne raconterait plus à sa femme les petits potins de la clientèle. »

Quelle peut être la responsabilité du médecin qui a publié un ouvrage dans lequel s'est glissée *une erreur d'impression* ?

La question a été posée à propos d'un jugement du tribunal de la Seine (13 avril 1911) à l'occasion d'une erreur typographique de dose existant dans un de ces déplorables manuels de vulgarisation qui se vendent si bien, qui se glissent dans tant de familles et dont la confection est si mal surveillée par leurs auteurs. Dans une réédition de ce *Médecin du Peuple,* édité primitivement à Gand sous un pseudonyme et réédité à Paris, se trouvait indiquée une formule de potion contre l'ivresse où la dose d'ammoniaque à prendre en deux ou trois fois était imprimée 15 grammes au lieu de quinze gouttes.

La femme d'un homme ivre la copia, un pharmacien l'exécuta ; le patient mourut, et le tribunal condamna, par application de l'article 318 du Code pénal, pour homicide par imprudence, le pharmacien et le docteur qui était l'auteur du traité.

Je ne sais si le jugement, qui fut frappé d'appel, fut confirmé ; mais, à cette occasion, Me Rocher, avocat conseil de l'Association de la Presse médicale, publia une intéressante consultation : « Lorsqu'un savant publie un ouvrage quelconque, littéraire, scientifique, médical ou autre, la manière de procéder est variable. Le manuscrit est remis à l'éditeur qui fait faire la composition, après quoi les épreuves sont tirées et envoyées à l'auteur à correction. Ici déjà deux hypothèses peuvent se présenter. L'auteur laisse passer *une erreur dangereuse* qui, après la publication, amènera un ou plusieurs accidents : la responsabilité de l'auteur sera incontestablement engagée, si cette erreur constitue une faute lourde. Mais si, après l'envoi des épreuves revues et corrigées, l'erreur se produit en dehors de l'auteur, par suite d'une faute typographique, alors, indiscutablement, les conséquences seront opposables à l'éditeur et non à l'auteur, auquel on ne saurait reprocher de ne pas s'être astreint à relire à nouveau un exemplaire de son œuvre.

Dans le cas d'une réédition ou d'une nouvelle édition, la situation sera à peu près analogue. Il s'agit de savoir tout d'abord dans quelles conditions a été faite la nouvelle édition de l'ouvrage qui primitivement ne contenait pas d'erreurs. Est-ce l'auteur qui a été le promoteur de l'édition ? Alors il pourra y avoir lieu de procéder comme pour le tirage primitif et logiquement les solutions resteront les mêmes. Il devra revoir les épreuves et encore cela pourrait être discutable. Ou bien c'est l'éditeur qui, par suite de ses accords avec l'auteur, la première édition étant épuisée, en fera une

deuxième, une troisième ou plus. Mais alors en quoi la responsabilité de l'auteur pourrait-elle être engagée d'une façon quelconque? La faute commise, qui est purement matérielle, lui est complètement étrangère (1). »

La difficulté évidente qu'il y a pour les magistrats à apprécier dans certains cas la réalité et l'étendue de nos responsabilités, malgré les rapports des experts et des contre-experts qui leur sont soumis, a fait réclamer à diverses reprises des *Conseils médicaux* ou des *Tribunaux spéciaux* composés de médecins uniquement ou en partie. Brouardel estimait que ces tribunaux, comme tous les tribunaux d'exception, n'inspireraient pas confiance au public ; il craignait que ces Conseils médicaux ne fussent trop influencés par les doctrines ou les rivalités d'école.

Je résumerai ce chapitre en disant que, depuis le début de nos études jusqu'à la fin de notre carrière, nous devons sans cesse nous inquiéter de notre responsabilité, songer sérieusement que dans d'innombrables circonstances notre réputation, notre bourse, notre honneur professionnel peuvent être compromis par une négligence, une « vague de paresse », même un zèle intempestif. Sachons ne pas nous dérober aux responsabilités inévitables, mais n'en pas assumer d'évitables.

Comment diminuer nos responsabilités?

En ne négligeant aucune occasion de nous instruire, — en réfléchissant aux conséquences possibles de tous nos actes et de toutes nos paroles, — en examinant toujours attentivement tous les malades, — en avertissant chaque fois qu'il convient les malades ou leur entourage de ce qu'il est utile qu'ils sachent du présent et de l'avenir probable, — en écrivant lisiblement et en relisant toujours ce que nous avons écrit, — en restant le moins longtemps possible sous le coup d'un diagnostic incertain, surtout quand la thérapeutique peut en dépendre, alors que nous pouvons demander à partager cette responsabilité, — en tenant toujours compte des inquiétudes et des plaintes du patient et de ses proches, — enfin en nous dérangeant toujours aussitôt que possible.

Voici un exemple bizarre de ce que peut coûter un retard, même *post mortem*. En 1915, un médecin de l'état civil procéda deux jours trop tard aux constatations d'un décès : le corps du défunt avait pris des proportions si démesurées qu'un cercueil d'une dimension plus grande dut être fabriqué au dernier moment ; au cimetière l'inhumation dut être faite dans une fosse commune en attendant l'aménagement du caveau de famille. La veuve prétendit se faire indemniser des frais à elle causés par la négligence du médecin, qui fut condamné à 100 francs de dommages-intérêts, bien qu'il eût fait valoir un surcroît de besogne dû à l'absence de nom-

(1) *Bulletin médical*, 1911, n° 55.

breux confrères mobilisés et qu'il eût reçu tardivement l'avis de la municipalité. (*Répertoire de médecine,* cité par le supplément du *Journal de Médecine,* 10 mars 1916.)

§ 4. — DIGNITÉ PROFESSIONNELLE. — DU CHARLATANISME A L'INCORRECTION

On englobe un peu trop généralement sous le nom de charlatanisme médical tous les actes qui sont de nature à discréditer, à disqualifier la profession médicale ; il convient de distinguer des procédés assez différents.

A prendre le mot au sens étymologique le plus précis, le charlatan est celui qui attire bruyamment l'attention des passants pour les amener à faire cercle autour de lui : *circulator,* disaient les Latins, *de circulus.* Il en profite pour vanter mensongèrement les qualités, la bonté de ce qu'il veut vendre, il fait son « boniment » ; il n'est pas le seul commerçant qui trompe sur la qualité de la marchandise, mais il se distingue par les procédés bruyants qu'il emploie ; c'est un forain, il opère au dehors.

La comparaison appliquée aux choses médicales ne serait justifiée que si elle visait le charlatan non diplômé, celui qui vend aux malades des remèdes illusoires ou dangereux ; s'il vante des remèdes réels, mais qu'il n'a pas qualité pour vendre, il ne fait que de l'exercice illégal.

Tout indvidu qui exerce la médecine d'une façon habituelle sans diplôme doit être poursuivi non seulement parce qu'il fait tort en détournant les malades des médecins auxquels l'État a vendu le monopole de soigner, mais parce que, sauf exceptions très rares, l'individu qui exerce illégalement est dangereux pour le public : ou il le trompe sciemment en lui prenant son argent sans rien lui donner en échange, ou il compromet la guérison des malades par son ignorance.

Tel rebouteur est un simple simulateur : il feint de réduire une fracture de côtes en saisissant le patient à pleins bras, les mains croisées et en faisant claquer ses phalanges pour simuler le bruit d'un os fracturé ou déplacé qui reprend sa place normale.

Tel autre, manipulant une articulation déformée suivant un procédé dont il a « le secret », n'arrive qu'à transformer une luxation sans la réduire.

Celui-ci vend un remède secret (tisane, pommade ou poudre) dont il ne connaît qu'imparfaitement l'action et qui reste inactif, mais qui peut quelquefois nuire, étant irritant ou toxique.

Les « illégaux » ne méritent pas tous l'épithète de charlatans ; il y en a qui ne donnent que des conseils médicaux gratuits, récompensés seulement par la considération qu'ils s'acquièrent près des malades qui s'es-

timent guéris par eux ; tel est le cas de la plupart des curés et des religieuses, un élément de mysticisme se mêle à leur action thérapeutique ; d'ailleurs leur habitude médicatrice n'est qu'un degré passionnel de la tendance presque universelle de l'homme à donner à son prochain des conseils relatifs à la santé.

En considération de ces cas où le lucre n'est pas le mobile de l'exercice illégal, il ne manque pas de gens pour dire que les médecins ne réclament que par jalousie la répression de cette illégalité. Plus d'un magistrat n'est pas éloigné de penser ainsi et, pour obtenir l'application des pénalités légales, il a fallu la pression croissante des Associations et Syndicats de médecins. Les magistrats naguère étaient fort disposés à l'indulgence, quand le prévenu faisait défiler des témoins à décharge, attestant qu'ils avaient été effectivement guéris par lui.

Quoi qu'il en soit, le charlatanisme non diplômé, celui que Dechambre appelait charlatanisme « de la rue », public, ressortit à l'exercice illégal et doit être combattu par nos associations de défense, au nom de tous, parce qu'il est dangereux pour le public et parce qu'il lèse nos intérêts matériels légitimes.

Mais ce qui compromet l'*honorabilité* de notre corporation, c'est le *charlatanisme diplômé,* celui que Dechambre appelle privé ou « de cabinet », que Peisse définissait « l'application de l'industrie à la médecine ». Celui-ci est multiforme et a des limites imprécises ; c'est une tare professionnelle qu'il est plus aisé de signaler que de combattre, et qui malheureusement se rencontre à des degrés divers à tous les étages. Les médecins besogneux qui n'ont pas l'espoir de s'attirer des clients et de les garder par l'exercice irréprochable de leur art, manquant d'instruction ou des qualités nécessaires, pourraient faire valoir comme excuse que la lutte pour la vie les oblige à employer des procédés de concurrence peu scrupuleux. Que dire de ceux qui, instruits et bien doués, mais décidés à brûler les étapes du développement normal de la carrière pour « arriver » plus vite que leurs contemporains, font fi de la dignité et de la correction ? Comment ne pas flétrir plus encore ceux qui, arrivés aux plus hauts sommets de la profession, comblés de titres et d'honneurs, pouvaient jouir d'une large aisance en exerçant avec droiture, mais qui, cédant à la passion du lucre, ou poussés par d'excessifs besoins d'argent, ou même simplement par la vanité d'avoir une clientèle plus nombreuse que celle de leurs égaux par la science et les fonctions, se sont quelquefois avilis par des procédés indélicats et incorrects ? Ils sont très rares sans doute, mais on a pu malheureusement en citer quelque triste exemple dans chaque génération médicale et leur mémoire doit en rester flétrie.

Sans prétendre énumérer toutes les formes du charlatanisme diplômé,

citons les plus frappantes qui vont, par une gamme insensible, de la malhonnêteté incontestable à l'incorrection et au manque de dignité.

Malhonnête le médecin qui couvre de son diplôme le nom du marchand d'un remède secret ou dont il ignore parfois lui-même la composition, mais qu'il se charge de recommander au public en rédigeant un prospectus ou une brochure pseudo-scientifique.

Il est malhonnête même s'il connaît la teneur du remède, même s'il l'a composé lui-même et si ce remède contient quelque substance active et s'il est vendu sous son nom personnel, parce qu'il sait que ce remède ne sera pas prescrit par un médecin pouvant adapter le remède au cas spécial du malade, mais que le public achètera la spécialité, en usera au hasard de sa fantaisie ou de conseils incompétents, au risque d'aggraver son cas : telle composition contenant de la créosote ou de l'acide phénique, qui pourrait avoir soulagé certains bronchitiques ou amélioré certains tuberculeux, provoquera chez d'autres des troubles digestifs, urinaires ou des hémoptysies.

De nos jours le boniment ne se fait plus verbalement sur les places publiques ; il va chercher le public, le paysan au fond des campagnes les plus reculées, sous la forme d'annonces à la quatrième page des journaux de la grande presse, de brochures rédigées savamment pour mettre en lumière les nombreuses applications du remède qu'on veut faire acheter ; les indications thérapeutiques sont précédées de descriptions si détaillées des maladies qu'elles en suggèrent les symptômes à beaucoup de lecteurs non malades, mais à dispositions nosomaniaques. Les habiles rédacteurs de ces tracts ne se contentent pas de vanter les propriétés curatives du produit, mais sa valeur préventive. Qui peut résister au désir de l'acheter pour éviter des maux si effrayants ?

Comme la réclame est devenue fort habile et qu'elle sait avoir perdu à la longue une partie de son action sur le public, ce n'est plus à la quatrième page sous forme d'annonces qu'elle va chercher la partie moins naïve du public, mais sous la forme d'un article d'allure littéraire ou scientifique inséré dans le corps du journal entre les articles de fond les plus sérieux.

Enfin sont nés et pullulent à l'intention d'un public d'élite les journaux exclusivement littéraires ou artistiques, à la confection desquels prennent part des hommes de talent et de goût, mais qui n'ont pas d'autre but réel que d'enrober quelque produit médicamenteux et dont le bailleur de fonds est l'industriel qui le fabrique.

La réclame s'est faite de plus en plus subtile au fur et à mesure que ceux qui en vivent ont senti que le public se blasait. Pour lancer des produits médicamenteux, issus des incessants progrès de la chimie moderne,

les fabricants les ont soumis aux essais des physiologistes et des cliniciens : parmi ceux-ci la majorité a fait ses expériences avec la plus rigoureuse méthode scientifique; les résultats en ont été publiés dans les revues ou journaux les plus scientifiques, exposés à la tribune des Académies et des Sociétés les plus illustres. Parmi ces produits nouveaux se placent certains médicaments des plus précieux et les inventeurs n'ont eu pour les faire adopter par le public médical qu'à faire imprimer des tirages à part en innombrables exemplaires envoyés gratuitement d'abord à tous les médecins, puis à tous les malades pour suggérer à ceux-ci le désir de se les faire prescrire par ceux des médecins qui pourraient hésiter devant l'emploi de ces nouveautés et seront impressionnés par la notoriété scientifique ou professionnelle du patron.

Mais il est arrivé que, parmi les savants désintéressés qui essayaient dans le plus pur esprit de recherche les produits nouveaux et publiaient leurs expériences, en enregistrant impartialement les échecs comme les succès, les dangers comme les avantages, se sont trouvés d'autres savants acceptant pour faire de telles recherches des honoraires élevés ou un intérêt sur la vente du produit essayé par eux, quand il avait été vulgarisé par la publicité de l'industriel. Alors on a vu des médecins de valeur scientifique incontestable, des professeurs réputés prêter leur nom à l'industrie médicamenteuse, et il est permis de craindre que, désormais intéressés à la diffusion des médicaments qu'ils essayaient, ils ne se soient montrés moins rigoureux dans la critique de leurs propres expériences sur l'animal et le malade, moins sévères ou plus enthousiastes dans leurs conclusions. Sur cette pente savonneuse il faut une extrême énergie pour ne pas se laisser glisser, quand on s'y est laissé entraîner. Entre le savant intéressé pécuniairement à la vente d'un produit, qui est assez maître de lui-même pour ne jamais lancer que le produit dont la valeur lui paraît incontestable, et son collègue qui, par trop de hâte ou d'indifférence, contribue à lancer un produit douteux ou sans valeur, il y a l'écart de la demi-vierge qui se laisse compromettre en réservant son capital à sa pareille qui s'est résignée à l'abandonner. Si désireux qu'il soit de ne jamais favoriser la vulgarisation de ce qui peut nuire, le médecin qui prête son nom, sa science ou sa plume à la réclame est sur la pente de l'incorrection professionnelle.

La publication par la presse non médicale des communications faites aux Académies et aux diverses Sociétés médicales a contribué certainement à favoriser une réclame nuisible au public dans certains cas. L'Académie de médecine a beau refuser de laisser communiquer à sa tribune des affirmations qui seraient évidemment charlatanesques, il ne lui est pas toujours possible, tout en déclarant par ses statuts qu'elle ne se porte pas garante de ce qui est lu devant elle, d'écarter des communications tendancieuses, des

conclusions prématurées ou injustifiées en faveur de médicaments ou de méthodes thérapeutiques qui bénéficient du retentissement de cette tribune. Ce retentissement et cette facilité d'enregistrement ne sont pas sans avoir nui à la moralité médicale, induisant les âmes indélicates en tentation d'en user comme d'un moyen de réclame personnelle ou comme intermédiaire intéressé. L'abus est si ancien qu'il y aurait don quichottisme à en réclamer la suppression. Mais sa constatation crée le devoir moral le plus impérieux pour tout médecin conscient de sa responsabilité et de sa dignité de n'apporter devant les Sociétés scientifiques que des communications offrant quelque nouveauté et mûrement étudiées, qui ne puissent être soupçonnées de servir un autre intérêt que celui de la science.

Il est naturel qu'un médecin, chirurgien ou spécialiste cherche les moyens de se faire connaître. Si c'est un praticien exerçant dans une ville ou dans une station thermale, on ne peut blâmer qu'il se recommande par lettres, cartes ou visites à ceux de ses confrères plus âgés ou plus anciens qui peuvent lui adresser des clients; mais il n'est pas digne de s'adresser directement au public par envois de circulaires, distribution d'imprimés ou de cartes chez des concierges.

Incorrect aussi de s'adresser au public par voies d'affiches ou d'annonces dans les journaux pour lui signaler sa présence durable ou passagère dans une ville.

Il est naturel, quand vous avez imaginé une méthode thérapeutique nouvelle, publié un travail ou un livre, que vous l'adressiez à vos confrères pour qu'ils puissent s'en inspirer dans leur pratique ou vous adresser des clients, ou vous appeler en consultation dans des cas où vous signalez votre compétence spéciale, mais il est incorrect et peu digne d'envoyer ses publications médicales aux personnes étrangères à la médecine et surtout inconnues.

Plus d'un lecteur malin ou sceptique me répondra : « Vous voulez donc l'extinction de beaucoup de Sociétés savantes (?) par atrophie progressive des ordres du jour! » Non. Dans nos sociétés confraternelles, dont les comptes rendus n'arrivent pas au public, je trouve tout naturel que nous ne nous taisions pas *entre nous* des menus incidents de notre pratique pour notre instruction mutuelle; nous y pouvons citer nos succès et nous devrions plus souvent y raconter nos déceptions, plus instructives encore. Mais dans les Grandes Sociétés, où pénètre le reportage de la Presse non médicale, une communication ne devrait avoir trait qu'à quelque fait nouveau, ou offrant au moins un intérêt particulier par quelques détails, ou même simplement confirmatif de faits déjà connus, mais encore peu nombreux ou trop peu vulgarisés. Que dire de tel confrère qui, périodiquement, refait la même communication sur le même sujet en se donnant tout juste

la peine d'en varier la forme? Que dire surtout de tel Maître qui compte à son actif des travaux d'un intérêt certain, qui occupe un rang élevé dans la profession et qui ne craint pas d'apporter de temps en temps à une tribune retentissante une communication absolument banale, ressassant des faits archiconnus, que ses collègues n'écoutent même plus, mais dont le but trop clair est de rappeler *urbi* et *orbi* que le célèbre X est toujours à la disposition du public et des confrères qui peuvent l'appeler en consultation? Quel exemple pour les jeunes!

Il arrive à tout praticien d'être obligé de donner une *consultation par lettre* de temps en temps. Un de nos clients, qui est éloigné momentanément, éprouve le besoin de savoir s'il doit continuer ou reprendre un ancien traitement; trouvant désagréable de s'adresser à un autre médecin qu'à son médecin habituel, il nous décrit de son mieux ses symptômes; nous jugeons que ceux-ci correspondent à un état déjà constaté chez le client. Nous lui donnons un conseil par lettre. Qui n'a fait cela et qui pourrait refuser de le faire? Dans ces limites strictes, on ne peut qu'absoudre la consultation par lettre au point de vue déontologique et même médical, et pourtant il y a déjà le germe d'un abus.

Car enfin ce client, qui croit éprouver les symptômes d'un mal que nous lui avons connu et pour lequel nous lui prescrivons ou la reprise d'un traitement ancien ou un essai nouveau, se trompe peut-être dans la description de ce qu'il éprouve; nous n'avons pas, pour éviter de nous tromper nous-mêmes sur son cas actuel, le contrôle d'un interrogatoire nouveau et l'examen des organes, dont l'état a pu changer; un élément nouveau peut être intervenu à l'insu du patient, que l'examen organique révélerait et qui modifierait beaucoup notre prescription. Il y a d'autant plus de chances pour qu'il en soit ainsi que nous n'avons pas depuis longtemps revu notre client. Tel qui n'avait que des symptômes d'hyperchlorhydrie a peut-être des signes d'ulcère; tel qui ne paraissait avoir que de la gastralgie ou de l'entéralgie a peut-être une colique hépatique ou une appendicite. Tel qui n'avait eu que quelque névralgie intercostale a peut-être un foyer de pleurite révélateur d'une tuberculose commençante. Chacun peut, en fouillant ses souvenirs personnels, se rappeler tel cas où une lettre de malade paraissait justifier un diagnostic que nous avons reconnu erroné quand celui-ci a été soumis à notre examen.

Il faut donc conclure que nous engageons toujours notre responsabilité au moins morale en donnant un avis quelconque à un malade que nous ne voyons pas, et qu'il vaudrait toujours mieux refuser de le faire, dût-on se faire accuser par son client de manquer de complaisance. Je n'ai d'ailleurs jamais manqué, quand il m'est arrivé de commettre ce véniel péché professionnel, de commencer par déclarer qu'il serait plus sage de consul-

ter un confrère et de réclamer son examen avant d'exécuter la prescription supposée convenable au cas et de la soumettre à son approbation, parce que quelque modification survenue depuis mon dernier examen personnel pourrait nécessiter une autre orientation thérapeutique.

Mais, quant à formuler pour un absent, même quand on connaît son passé pathologique, une prescription au sujet de symptômes nouveaux c'est plus qu'un péché véniel : c'est une imprudence dont il faut savoir s'abstenir. Il faut avoir le courage de risquer de mécontenter le client et de lui faire comprendre qu'on risquerait de lui être plus nuisible qu'utile en lui donnant satisfaction et l'engager à consulter un médecin de la localité où il se trouve ; il est bon de lui indiquer un confrère que l'on connaît personnellement ou de réputation et d'envoyer une note explicative pour ce confrère.

En dehors de ces circonstances, et surtout si le malade est un inconnu, toute consultation par correspondance est condamnable déontologiquement.

Quand une demande de ce genre m'est adressée, j'exige d'être mis en relation épistolaire avec le confrère qui suit le malade ; car s'il est permis de formuler un conseil à distance sur un malade, ce ne peut être que par l'intermédiaire de ce confrère, et encore avec ces restrictions que les faits sur lesquels on raisonne sont supposés exactement contrôlés, qu'il s'agit d'une discussion théorique dont les conclusions restent subordonnées à l'exactitude de ces faits et ne peuvent donc avoir jamais qu'une valeur relative.

Que dire de cette organisation régulière de consultations par correspondance instituée par certains journaux non médicaux, plus particulièrement journaux de modes, et qui ne manquent jamais de clientèle ? On aimerait à supposer que ces consultations ne sont pas données par des médecins authentiques ; en général, elles aboutissent à prescrire certaines spécialités. La plupart du temps, elles doivent être inoffensives, mais il peut arriver qu'elles soient nuisibles, ne fût-ce qu'en inspirant à la personne qui consulte une fausse sécurité au sujet de symptômes d'une affection dont le diagnostic devrait être fait à temps pour en éviter l'aggravation.

§ 5. — L'EXERCICE ILLÉGAL

L'exercice illégal, incarné dans les personnalités les plus diverses, sous toutes sortes de costumes et de masques (sages-femmes, infirmiers, magnétiseurs, hypnotiseurs, spirites, religieuses, électriciens non docteurs, masseurs), pratiqué dans des instituts, académies, polycliniques, que subventionnent et exploitent des capitalistes ou des sociétés anonymes, enlève au médecin une telle quantité de malades que M. Descouts a pu évaluer à 2,000

(les deux cinquièmes de la clientèle) le nombre des consultations données chaque jour à Paris, en dehors de ceux à qui seuls la loi reconnaît et *à qui le contrat social a vendu* le droit de le faire.

Le mal est aussi grand dans les campagnes qu'à Paris et dans les grandes villes. Il importe que chaque médecin qui a connaissance de faits bien caractérisés d'exercice illégal les signale avec la plus grande précision à l'*Office central pour la répression de l'exercice illégal*, qui a été fondé à la suite du congrès de 1903 et 1906 sur ce sujet et dont l'activité est digne d'éloges. Les poursuites contre les illégaux peuvent être engagées au nom d'un *Syndicat* et les frais de poursuite peuvent être dans certains cas fournis par le *Sou médical*, société de défense professionnelle dont nous parlerons plus loin.

Il a pu arriver une fois qu'au tribunal le prétendu illégal ait exhibé un diplôme authentique de Docteur, dont il avait soigneusement dissimulé l'existence à sa clientèle, ayant acquis l'expérience par des débuts officiels trop peu rémunérateurs qu'on pouvait plus aisément trouver des clients dans ce monde spécial qui court aux illégaux par une sorte d'attraction mystique. Mais cette amusante exception n'infirme pas la règle d'après laquelle les guérisseurs et empiriques n'ont passé par aucune Faculté.

On doit à M. le docteur Darras, actuellement vice-président de l'A. G., une liste exacte des docteurs en médecine et officiers de santé dont les diplômes ont été enregistrés, conformément à la loi de 1892, par le ministère de l'intérieur et de tous ceux qui ont été délivrés par une Faculté française depuis 1870.

§ 6. — LA MÉDECINE ET LA POLITIQUE

Le praticien doit-il être encouragé à briguer les suffrages de ses concitoyens pour faire partie de nos assemblées politiques? Je ne le crois pas. Qu'il suive de très près les événements politiques et accomplisse avec zèle ses devoirs civiques, qu'il défende chaque fois qu'il faut les idées qu'il croit justes, qu'il appuie de son mieux les candidats qui les représentent, c'est parfait. Personne ne peut le critiquer d'agir ainsi comme tout bon citoyen. Mais, s'il entre personnellement dans l'arène électorale comme candidat, il est bien difficile qu'il puisse concilier sa candidature avec l'exercice normal de sa profession.

Je m'attends bien à ce que la plupart des lecteurs se moquent ou s'indignent de cette opinion.

Je ne sais quel est le nombre de médecins conseillers municipaux, d'arrondissement, généraux; il est sans doute considérable et j'admets que ces mandats-là sont compatibles avec la pratique.

Mais pour ceux de députés, sénateurs et ministres, je fais de fortes réserves. Beaucoup d'entre eux ont sans doute rendu des services signalés à leurs concitoyens. Mais ce sont la plupart du temps ceux qui ont divorcé tardivement avec la pratique médicale ou s'en sont évadés presque après leurs débuts (G. Clémenceau). Aucune objection à faire aux docteurs en médecine devenus représentants du peuple, surtout quand ils n'ont pas paru oublier leur origine et ont saisi toutes les occasions de porter au sein de nos assemblées la bonne parole médicale. (Tels ont été Th. Roussel, Chevandier, Lannelongue, Cornil, Combes, Labbé, Raymond; tel sera demain Pinard).

Il n'est pas douteux que nos études contribuent singulièrement à élargir l'horizon intellectuel d'un homme et je donne volontiers mon suffrage à un confrère à la condition qu'il se voue désormais à son mandat. Mais à partir du jour où il est aux prises avec les difficultés si absorbantes de la politique contemporaine, il n'y a plus guère place pour lui dans la pratique médicale : celle-ci exige trop de continuité dans l'exercice, de préoccupation des malades en cours, d'attention à se tenir au courant des progrès de l'art pour qu'il soit possible de s'y remettre utilement dans les intervalles des sessions. Ceux qui ont réussi à le faire ont dû avoir bien de la peine à contenter leurs clients, leurs mandataires et eux-mêmes; je les admire, sans vouloir leur susciter d'imitateurs.

§ 7. — LE MÉDECIN ET LA PRESSE

Les occasions sont nombreuses pour le médecin d'entrer en contact avec la Presse, ce rouage si important, mais si inquiétant, de la machine sociale contemporaine.

Nous avons affaire d'abord avec les journaux médicaux, qui nous apportent des renseignements sur les travaux contemporains et contribuent à l'instruction de l'Étudiant, au maintien du niveau du praticien. La presse médicale a pris depuis vingt ans un développement considérable; le nombre des journaux va croissant, mais la plupart sont publiés uniquement en vue de la réclame pharmaceutique et leurs articles ne sont que des reproductions ou du démarquage. Beaucoup sont faits à coups de ciseaux par des incompétents, envoyés gratuitement aux praticiens et malheureusement aussi aux malades ou, pour mieux dire, aux gens bien portants, afin de leur suggérer probablement l'idée qu'ils pourraient bien être malades, puisqu'on leur décrit les symptômes d'une foule de maladies, et de proposer à leurs médecins l'essai des médicaments vantés sur la couverture ou même de les essayer sans contrôle médical, puisque ce sont des spécialités qu'on achète sans ordonnances.

Le résultat de cette propagande directe est déplorable ; il développe la tendance à la nosophobie et à la nosomanie, auxquelles sont prédisposés tant de contemporains.

Il a encore l'inconvénient de provoquer, de la part des malades, la défiance vis-à-vis de leurs médecins, s'ils paraissent ignorer telle ou telle médication nouvelle vantée par le journal en question, et l'obligation permanente du médecin de discuter pied à pied la thérapeutique, s'il ne prend pas le parti de rompre immédiatement en visière dès les premières escarmouches.

Parmi les journaux qui sont vraiment rédigés par des médecins, les uns ont une allure tout à fait scientifique, et leurs articles fondamentaux originaux sont souvent trop longs ou relatifs à des questions encore trop discutées pour comporter des applications pratiques ; les autres, plus spécialement faits en vue des praticiens, insèrent surtout des Revues qui résument clairement des questions controversées ou récemment tranchées et qui donnent une très large place aux intérêts professionnels.

Il appartient à chacun de nous de choisir ceux qui répondent plus particulièrement à ses besoins ; mais il n'est pas bon de ne lire que les journaux envoyés gratuitement, si on veut être renseigné impartialement sur les questions courantes. Deux dangers sont inhérents à notre presse : les comptes rendus des sociétés scientifiques et ceux des travaux étrangers ne sont convenablement rédigés que dans un très petit nombre de journaux, soit parce que la rédaction n'en est faite que par des étudiants ou des jeunes médecins trop peu accoutumés à saisir les points fondamentaux d'une communication, soit même parce qu'ils ne sont faits que de seconde ou troisième main ; pour l'analyse des publications étrangères, le mal est encore plus sensible par connaissance incomplète de la langue étrangère et inattention, erreur sur les doses médicamenteuses.

Il sera donc toujours imprudent, de la part d'un praticien, de faire un essai thérapeutique basé uniquement sur le compte rendu analytique d'un travail étranger et souvent même français ; il est indispensable, en pareil cas, de se reporter au travail original ou d'attendre que la question ait été reprise par plusieurs périodiques des plus dignes de foi et que l'accord soit complet entre les textes. Il est prudent aussi de dépister certains articles tendancieux, dont la forme tout à fait scientifique couvre une pure réclame et qui, malheureusement, se glissent trop souvent dans des feuilles par ailleurs tout à fait correctes.

La presse non médicale, qu'on appelle encore la Grande presse, n'est pas indifférente aux médecins. Elle donne une part de plus en plus large aux questions d'ordre médical, les dénaturant ou les interprétant faussement, quand les rédacteurs ne sont pas médecins, même quand ils signent Dr X... ou Medicus.

Nos confrères authentiques, qui collaborent aux grands quotidiens sur des sujets médicaux, doivent avoir toujours présente la pensée des malentendus qui peuvent se glisser entre eux et leurs lecteurs profanes; jamais ils n'auront un souci excessif de la clarté et de la simplicité dans leur œuvre de vulgarisation : ils doivent apporter la prudence du serpent d'Esculape dans le choix de leurs sujets.

Un tel conseil ne s'adresse pas à des plumes comme celles d'un François Helme, d'un Maurice de Fleury, d'un Janicot, d'un Granjux.

Nos confrères feront toujours sagement de ne pas transporter dans la grande presse nos polémiques professionnelles; elles y prennent une virulence exaltée et ont souvent pour résultat de rendre toute la profession ridicule ou odieuse.

Enfin il faut rappeler que dans l'état d'hypertrophie du reportage contemporain chacun de nous, même dans la clientèle la plus bourgeoise, et à plus forte raison s'il donne ses soins habituellement ou accidentellement à quelque homme politique, à quelque personne se rattachant au Tout-Paris ou au Monde des Arts, peut se voir relancé et mis à la question de l'interview par un reporter, qui considère l'indiscrétion sans limites comme son honneur professionnel aussi strictement que nous le secret. Il en a cui à plus d'un confrère de s'être laissé extirper quelques lambeaux de ce qui concerne un de ses clients momentanément en vedette, pour s'être simplement prêté à une conversation qu'il croyait inoffensive par sa banalité; il s'est vu imputer des inexactitudes ou indiscrétions et a eu beau démentir ultérieurement de prétendues révélations : les lecteurs de l'interview ne lisent pas toujours le démenti, et de l'erreur comme de la calomnie il reste toujours quelque chose de préjudiciable au malade que nous avons soigné ou à notre réputation. La meilleure défense est ou de refuser de recevoir l'interviewer, ou, s'il a forcé la porte, de se retrancher immédiatement et farouchement derrière notre devoir de silence.

Si le reporter nous questionne, non plus sur un malade, mais sur un sujet d'hygiène ou d'intérêts professionnels, la défense du secret n'existe plus; mais il est prudent de répondre par écrit si le sujet n'est pas absolument banal et peut comporter une fausse interprétation de notre pensée; car demander seulement à lire l'article ou l'épreuve avant l'impression est le plus souvent bien inutile, presque toujours le rédacteur s'y refuse ou s'y dérobe, par amour-propre ou nécessité professionnelle de hâte.

TROISIÈME PARTIE

I

LE MÉDECIN ET LES COLLECTIVITÉS

II

ENTR'AIDE ET PROTECTION

CONCLUSIONS

CHAPITRE PREMIER

Le médecin et les collectivités.

Ces collectivités sont des organisations publiques comme l'État, les départements et les communes, l'Assistance publique, ou des organismes privés : Sociétés de secours mutuels, Compagnies d'assurances sur la vie ou les accidents.

§ 1. — LE MÉDECIN ET L'ÉTAT

Nous passerons rapidement en revue les rapports du médecin avec l'État, qui sont régis par des lois, arrêtés et règlements étudiés spécialement par Me Ribadeau-Dumas dans sa *Législation médicale,* à laquelle nous prions les lecteurs de se reporter.

On y trouvera d'abord le texte de la LOI qui régit l'EXERCICE DE LA MÉDECINE depuis 1892 et le commentaire qu'elle comporte sur nos devoirs et nos droits fondamentaux tels que le législateur les a définis.

Nous résumons ici seulement quelques questions d'utilité quotidienne.

L'ÉTAT CIVIL

Le médecin est tenu de déclarer à l'officier de l'état civil la *naissance* d'un enfant qu'il a mis au monde, si le père ou la personne chez qui la mère a accouché en dehors de son domicile ne le font pas dans les trois jours de l'accouchement. Il doit le faire même si, n'ayant pas assisté à l'accouchement, il arrive quand l'enfant est encore relié à la mère par le cordon et le placenta. Il y a obligation de déclarer un enfant mort-né. Autrefois l'obligation légale n'existait que pour les fœtus au-dessus de 6 mois, d'après

deux jugements de Toulouse (1896). Mais à Paris, par suite d'une circulaire du préfet de la Seine de 1882, la déclaration de tous les fœtus au-dessus de six semaines est obligatoire. Nous avons dit que, si le secret vous est demandé pour la mère, il suffit de déclarer qu'un enfant de tel sexe est né tel jour, à telle heure, dans telle commune ou tel arrondissement.

Pour la *vérification des décès,* il y a un service de médecins spéciaux. On ne saurait trop recommander aux confrères qui en sont chargés de montrer, dans cette mission pénible pour les familles, beaucoup de tact et de correction. Le médecin vérificateur des décès se fait souvent remettre les ordonnances du médecin traitant quand le diagnostic ne lui est pas communiqué clairement au nom de celui-ci ; il doit se garder de toute réflexion sur le traitement qui a été fait, ainsi que sur le diagnostic. J'avais soigné un enfant de 2 ans, mort du diabète, et avais laissé par écrit ce diagnostic. Le confrère vérificateur des décès, dont les connaissances au moins théoriques étaient incomplètes, s'exclama naïvement qu'il devait y avoir erreur, parce que « le diabète n'existe pas chez l'enfant » ! On peut juger du singulier effet d'une telle déclaration devant un père qui avait entre les mains quelques douzaines d'analyses dénotant que les urines de son enfant contenaient 30 à 40 grammes de sucre.

La nécessité d'assurer le secret en établissant cependant des statistiques a fait choisir le moyen suivant : on envoie à domicile au médecin traitant une feuille qu'il remplit (il peut s'y refuser, mais il aurait tort dans l'intérêt de la science) ; ni le nom, ni aucun renseignement pouvant faire reconnaître la personne, dont on indique le décès avec la cause de la mort, ne se trouvent mentionnés.

RÉQUISITION DU MÉDECIN

Le médecin peut-il être requis d'exercer sa profession malgré lui ? Non, en principe, sauf en cas de calamités publiques ou de flagrants délits. Il y a bien des clients qui en voudraient décider autrement, et on a entendu certaines gens dire : « Si le médecin ne voulait pas se lever la nuit, je le ferais lever par les gendarmes ! » En réalité, aucune loi ne nous a créé un esclavage aussi complet.

Si, en principe, notre devoir est de secourir l'humanité toutes les fois que nous le pouvons, il y a tels cas où on peut vouloir abuser de notre complaisance et nous avons le droit de nous reposer quand nos intérêts seuls sont en jeu et que d'autres confrères sont aussi à portée que nous du malade. Il peut y avoir telle circonstance où une réquisition peut nous paraître illégitime et exorbitante et où nous pouvons être tentés de nous dérober à quelque pénible acte professionnel. A ce point de vue, l'anecdote suivante

fait honneur à un de mes maîtres aujourd'hui disparu et mérite d'être conservée.

En 1871 Legrand du Saulle, médecin légiste et aliéniste, se trouvait au Dépôt de la préfecture de police pendant la Commune ; le préfet insurrectionnel, Raoul Rigault, avait nommé, paraît-il, comme directeur du Dépôt un ouvrier peu préparé par son passé à cette délicate fonction ; ce fonctionnaire novice était d'ailleurs un brave homme : voyant le Dépôt encombré de femmes qui avaient été ramassées dans la rue, soit par hasard, soit par suite de leur profession, et ne sachant comment opérer un triage évidemment nécessaire, il requit, sur un ton impérieux, au nom du nouveau préfet de police, le médecin d'examiner toutes ces femmes. « Je n'ai d'ordre à recevoir que du préfet de police qui est à Versailles : apportez un ordre de lui, j'obéirai », répondit malicieusement Legrand du Saulle. — « Prenez garde, nous pouvons vous faire fusiller. » — « Peu m'importe. » De plus en plus embarrassé, le directeur improvisé, se grattant l'oreille, changea de ton : « Mais, docteur, au nom de l'humanité... » Alors, mon maître, redressant sa haute taille, s'écria de cet air à la fois emphatique et goguenard qui lui était particulier : « Si c'est au nom de l'humanité, je marche ! »

MÉDECIN EXPERT

« Le médecin doit son concours à la justice comme expert ; le médecin légiste a ses devoirs tout tracés par la définition même de la médecine légale : l'application des connaissances médicales aux cas de procédure civile et criminelle qui peuvent être éclairés par elle. (Marc.)

Le médecin expert est le conseiller de la justice ; ses fonctions sont hautes et difficiles. « Le médecin expert se livre à des constatations qui généralement, en raison de leur nature même, ne peuvent être renouvelées par d'autres ; il discute au nom d'une science dont les principes sont ordinairement inconnus de ceux à qui il s'adresse, de sorte que ses affirmations sont souvent sans contrôle et doivent être acceptées telles qu'elles sont formulées. Or ses déclarations ont souvent une importance capitale dans le débat, et dans bon nombre de cas c'est d'elles que dépend l'acquittement ou la condamnation d'un accusé. » (Vibert.)

Le médecin expert doit n'affirmer que ce dont il est sûr, n'énoncer que des faits, distinguer le certain et le douteux, mettre en lumière ce qui est démontré et terminer ses rapports par des conclusions sans restrictions ni réticences autant que possible.

Le médecin peut figurer à deux titres comme expert. Il y a les experts qui ont sollicité et obtenu ce titre, et sont inscrits comme tels sur une liste

dressée dans chaque tribunal de première instance au commencement de l'année judiciaire (loi du 21 novembre 1893). Ces médecins doivent être docteurs français, avoir au moins cinq années d'exercice et demeurer soit dans l'arrondissement du tribunal, soit dans le ressort de la Cour d'appel.

Mais en outre (art. 23 de la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine) : « Tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de la justice. »

Les fonctionnaires qui ont qualité pour requérir le médecin sont, selon les circonstances : le procureur de la République, ses substituts et les agents qui sont ses auxiliaires (commissaires de police, officiers de gendarmerie, juges de paix, maires et adjoints), le juge d'instruction, le président du Tribunal ou de la Cour devant laquelle ont lieu les débats, les préfets des départements et le préfet de police à Paris.

N'ont pas le droit de nous requérir : les maréchaux des logis et brigadiers de gendarmerie, les gardiens de la paix ou sergents de ville, les gardes champêtres.

La réquisition du médecin doit se faire suivant certaines formes. Le médecin est d'abord averti par une lettre de convocation, ou verbalement, que son concours est réclamé ; s'il accepte, de plein gré ou contraint, il reçoit une *ordonnance* lui indiquant la mission précise dont il est chargé. Il *signe* cette pièce et *prête serment* devant le magistrat de faire son rapport et de donner son avis en honneur et conscience. Le serment est nécessaire à peine de nullité du rapport. Puis le médecin procède aux opérations de l'expertise : autopsie, constatations, etc. Nous renvoyons pour ces détails aux traités de médecine légale. Ensuite le médecin rédige son *rapport,* qui comporte un *préambule* ou *protocole*, énumérant les nom, prénoms, qualités et domicile de l'expert, l'indication de l'autorité requérante, la date de la réquisition, la mention de la prestation de serment, la date de l'opération, le lieu où elle a été pratiquée, la mention des personnes présentes, la nature de l'expertise et le but que le magistrat requérant avait assigné à l'expert. Suivent la *description des faits ;* — les *commémoratifs ;* — la *discussion* et enfin les *conclusions.* C'est ici que la plus grande prudence est nécessaire, que vous ne devez émettre ni opinions conjecturales, ni théories médicales.

En dehors de ce rapport proprement dit, nous pouvons encore être appelés à rédiger des *consultations médico-légales ;* bien qu'il n'en soit pas fait mention dans la loi, elles sont consacrées par l'usage ; ce sont des rapports qui peuvent nous être demandés dans des circonstances diverses, où on désire avoir notre opinion motivée, soit sur des constatations dont l'interprétation peut être litigieuse, soit sur des faits dont la signification au point de vue médico-légal peut être discutée. Ces consultations sont

demandées à la requête d'un magistrat, d'un accusé ou d'un avocat; leur rédaction comporte les mêmes divisions que le rapport médico-légal : seulement l'*exposé des faits* ou *historique* remplace la description des faits.

Plus tard vient un devoir grave et difficile, qu'on n'accomplit jamais sans émotion, la *déposition orale devant les tribunaux;* ici le médecin doit rendre compte verbalement des opérations qu'il a faites, mais alors il comparaît comme *témoin* et prête serment « de parler sans haine et sans crainte, de dire toute la vérité, rien que la vérité ». En Cour d'assises, il dépose entre la lecture de l'acte d'accusation et l'interrogatoire de l'accusé. Il est bon de garder copie du rapport qu'on a déposé pour rafraîchir ses souvenirs, car il peut s'écouler plusieurs mois entre l'époque des constatations et celle de la déposition; mais *pendant l'audience, nous ne pouvons nous servir ni de notes, ni de document écrit;* il faut éviter d'employer des termes techniques, et s'exprimer avec clarté et simplicité. Le médecin doit répondre aux questions des jurés, du ministère public et du défenseur par l'intermédiaire du président; nous ne saurions observer trop de prudence dans la discussion avec les avocats. Le médecin reste à la disposition du président jusqu'à la fin des débats.

Le médecin a droit à des honoraires qui ont été fixés par le décret du 18 juin 1811 et du 21 novembre 1893. Il doit rédiger un mémoire pour frais de justice, en deux expéditions : l'une sur papier timbré, pour l'enregistrement, l'autre sur papier libre, destinée au ministère de la justice. Ces honoraires sont payés, sur réquisitoire du procureur de la République et exécutoire du président du tribunal, par le receveur de l'enregistrement.

Nous pouvons être aussi appelés à faire des *expertises en matière civile*, à propos des accidents et pour l'évaluation des dommages-intérêts qui en résultent. Alors les experts doivent être au moins trois, si les parties ne se contentent pas d'un seul; il n'est pas indispensable de prêter serment, on en peut être dispensé par les parties. Si l'expert est seul, il examine la personne qui a été victime de l'accident, consulte les pièces du dossier, entend les explications des parties et rédige son rapport. S'il y a trois experts, ils feront de compagnie l'examen en présence des parties, puis la discussion aura lieu entre eux seuls. Leur rapport sera rédigé en commun et signé par tous; il exprimera un seul avis s'il y a unanimité de voix; s'il y a divergences, le rapport en indiquera les motifs, sans dire l'avis personnel de chacun des experts. Il doit être fait sur papier timbré, enregistré et déposé au greffe. Dans ce cas, les honoraires sont payés par les parties directement ou par l'avoué, ou taxés par le président du tribunal d'après le nombre des vacations.

La *responsabilité des experts* est en général nulle; mais, dans certains

cas, si on a pu prouver qu'il y a faute lourde de leur part, des indemnités peuvent être attribuées aux victimes.

EXPERTISES RELATIVES A L'ÉTAT MENTAL

Il y a dans les cas de ce genre à poser un diagnostic en le basant sur l'état somatique, sur les troubles psychiques, après enquête sur les renseignements qui vous sont fournis ou que vous devez rechercher. Il est certain qu'en général le médecin praticien, qui n'a qu'une instruction générale, qui n'a pas été spécialement attaché à un asile d'aliénés, est mal préparé à cette tâche.

L'insuffisance des études médicales à ce point de vue est très regrettable ; il est vrai que notre certificat sera toujours contrôlé, et d'autres certificats intervenant peuvent, s'il y a lieu, faire relâcher l'interné; néanmoins, il est si grave pour un homme d'avoir été conduit une première fois dans un asile d'aliénés qu'il serait désirable que l'instruction des médecins fût plus complète en médecine mentale. Nous pouvons être poursuivis au civil et condamnés à des dommages-intérêts si par suite d'une erreur injustifiée nous avons provoqué indûment un internement.

L'internement des aliénés dans un asile public ou privé, à la demande des parents ou proches, ou d'office, sur l'ordre de l'autorité publique, est réglementé par la loi du 30 juin 1838. Il nécessite d'abord un certificat médical, dit d'admission, qui comprend « la constatation de l'état mental de la personne à placer, la relation des particularités de sa maladie, l'indication de la nécessité de la faire traiter dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir enfermée ». On a beaucoup attaqué cette loi ; la presse nous entretient même souvent des séquestrations arbitraires dont les médecins seraient complices. Or jamais on n'a pu prouver que, par suite de la complicité d'un médecin, un aliéné ait pu être séquestré dans un asile. Tous ceux qui ont étudié la loi avec soin estiment qu'elle donne aux citoyens des garanties suffisantes.

CERTIFICATS

Nous devons chaque jour délivrer des *certificats;* on appelle ainsi des « actes écrits officieux rédigés sur la demande de particuliers et destinés à constater un fait d'ordre médical, quelquefois aussi interpréter ce fait ». (Vibert.) Ici, pas de prestation de serment, mais les peines les plus sévères ont été édictées contre les personnes qui délivreraient de faux certificats :

c'est l'emprisonnement de 1 à 3 et même 4 ans et la privation des droits civils ou civiques, etc.

La *rédaction d'un certificat* comprend :

1° Le préambule : nom, prénoms, qualités et domicile du médecin et du demandeur, la date et le lieu, l'indication du but du certificat;

2° La constatation du fait médical;

3° Les conclusions. Nous ne saurions trop recommander la brièveté, la précision et la prudence.

Ne délivrons jamais de certificats de complaisance.

Plusieurs catégories de certificats sont soumises au timbre. Le syndicat des médecins de la Seine a publié la liste des *certificats soumis au timbre* et de ceux qui en sont exempts.

CERTIFICATS EXEMPTS DU TIMBRE

Certificat de vaccine.

Certificat de naissance ou de décès (décision du 11 février 1878).

Certificat ou rapport médical pour coups, blessures ou meurtre, sur réquisition du maire, du juge de paix, du juge d'instruction, du procureur de la République, du commissaire de police.

Certificat sur réquisition du maire pour constater le décès d'une personne trouvée sur la voie publique par suite de maladie, d'accident, de meurtre ou de suicide. Il importe peu que les certificats soient provoqués par un particulier, si le particulier s'est muni au préalable d'une réquisition de l'une des autorités chargées de concourir à la répression des crimes et délits. (Décision du 10 mars 1874.)

Certificats aux nourrices pour obtenir un nourrisson des Enfants Assistés. (Décision du 25 février 1841.)

Certificat pour les aliénés sur l'état d'un malade, à condition qu'il ait un caractère purement administratif et ne doive servir que dans l'intérieur de l'asile. (Décision du 17 novembre 1864).

Certificat de maladie ou d'infirmité pour admission dans les hôpitaux ou hospices de vieillesse.

Certificat d'infirmités pour secours annuels du département en cas d'indigence.

Certificat de maladie pour obtenir une indemnité pour traitement médical des administrations ou des sociétés de secours mutuels (instituteurs, ponts et chaussées, sociétés de patronage, etc.), à la condition que le certificat du médecin soit rédigé à la suite d'un certificat d'indigence.

Certificat de maladie pour justifier l'absence d'un enfant à l'école. (Loi du 28 mars 1882.)

Certificat de vaccine pour les enfants indigents admis dans les ateliers ou fabriques. (Décision du 31 janvier 1877.)

Certificat de revaccination des enfants des écoles primaires, quand cette mesure a été prescrite par l'autorité d'une manière générale et réglementaire. (Décision du 23 avril 1889.)

Certificat constatant l'aptitude physique des nourrices. (Loi du 23 décembre 1874 et règlement du 27 février 1877. Décision du 9 mai 1885.)

Certificat de maladie des membres de sociétés de secours mutuels. (Décision du 29 janvier 1874.)

Certificat délivré par les médecins inspecteurs des écoles pour la réintégration à l'école des enfants relevant de maladies contagieuses. (Arrêté préfectoral du 27 octobre 1894.)

Certificat d'aptitude physique délivré par les médecins inspecteurs des écoles pour l'admission des enfants dans les établissements industriels. (Loi du 2 novembre 1892.)

Certificat de maladie délivré par les médecins non assermentés quand ces documents concernent des agents remplissant un service actif de l'État. (Loi du 30 mars 1897.)

CERTIFICATS SOUMIS AU TIMBRE

Certificat pour les aliénés délivré à des particuliers ou employés dans un intérêt privé. (Décision du 17 novembre 1864.)

Certificat de santé pour les assurances sur la vie.

Certificat de décès pour les assurances sur la vie.

Certificat de maladie ou d'infirmité à l'époque de la revision.

Certificat de maladie dans le cas d'impossibilité de se présenter lors du tirage au sort ou de la revision.

Certificat pour obtenir une prolongation de congé ou de convalescence (militaire ou civil).

Certificat de maladie délivré à un militaire en temps de paix ou à un ecclésiastique pour obtenir une saison aux eaux thermales.

Certificat d'infirmités pour obtenir une retraite avant l'âge voulu (prêtres, instituteurs, employés des postes, des ponts et chaussées, etc.)

Certificat d'aptitude pour obtenir l'admission dans certaines écoles ou administrations de l'État.

Certificat de maladie pour être dispensé de faire acte de présence en cas d'arbitrage, de juré ou de témoignage devant les tribunaux.

Certificat demandé par une veuve d'employé à l'effet d'obtenir une pension de l'administration.

Certificat de blessures ou d'infirmité contractées par un employé et pouvant lui donner droit à une pension.

Remarque importante. — Un médecin n'est pas passible d'amende quand un certificat non timbré, délivré administrativement et avec mention de la destination, est plus tard produit en justice. Les médecins feront donc prudemment d'indiquer la destination de tout certificat délivré sur papier non timbré.

Pour beaucoup de certificats la légalisation de la signature du médecin est nécessaire.

§ 2. — LE MÉDECIN ET L'HYGIÈNE PUBLIQUE

C'est en 1912 que le regretté R. Wurtz a prononcé à la tribune de l'Académie cette phrase pittoresque qui a été tant de fois répétée : « Il semble que l'organisation de l'Hygiène officielle en France ne soit qu'une vaste façade, derrière laquelle il n'y a rien... », et à ce moment cette assertion n'a rencontré aucun contradicteur ni parmi les hygiénistes, ni même dans l'Administration de l'hygiène publique. On peut espérer que depuis lors quelques améliorations ont été réalisées ; mais il y en a beaucoup à souhaiter encore et elles seraient plus grandes et plus rapides si l'État et les municipalités avaient mieux tenu compte des désirs des médecins, en collaborant avec eux au lieu de leur imposer une organisation administrative émanant d'un Parlement dont les discussions sont trop souvent incohérentes.

Les progrès de l'hygiène publique et privée dépendent surtout du corps médical et c'est à coup sûr un de nos devoirs les plus nets de nous en préoccuper sans cesse, d'instruire autour de nous les familles. Aucun progrès sérieux ne peut être réalisé en matière d'hygiène sans la bonne volonté du public : il est chez nous arriéré et routinier, répugne à toute innovation.

Jules Simon (il était Breton) disait que le peuple français était naturellement sale ; peut-être moins que l'Espagnol et l'Italien, moins propre à coup sûr que l'Anglais ou l'Américain. Les dures années pendant lesquelles tant d'Anglo-Saxons ont vécu côte à côte avec nos paysans et nos ouvriers auront peut-être excité quelque peu chez ceux-ci le souci de la propreté. En tout cas c'est à nous à donner l'exemple ; mais quelques-uns d'entre nous n'auraient-ils pas besoin de se réformer eux-mêmes ? L'assertion suivante de l'humoriste agrégé d'Hygiène dont nous citions plus haut la boutade est instructive à cet égard : « Pendant neuf ans, j'ai interrogé sur l'hygiène aux examens du Doctorat à la Faculté de médecine. Pour venir en aide au candidat désemparé, je posais souvent cette question très facile : « Parlez-moi de l'hygiène des pieds. » — La réponse était toujours la même : « Monsieur, il faut se laver les pieds. » — Tous les combien ? » Or la réponse a été inva-

riable : « Huit jours », jamais moins. (Le record est de quinze jours, par une étudiante russe.) On conviendra que de la part de futurs docteurs ces réponses dénotaient une hygiène individuelle bien sommaire.

Souhaitons aussi que la plupart de nos Poilus retour des tranchées, après tant de marches et contremarches pendant lesquelles tant d'entre eux ont souffert de meurtrissures des pieds, aient appris à en avoir plus de soins. Il y avait trop peu de pédicures dans notre armée; les Boches en avaient bien davantage. Sur les trains chargés de leurs troupes traversant la Belgique, un correspondant américain voyait les pédicures militaires profiter du loisir des hommes pour reviser l'état de leurs pieds.

En attendant que la centralisation des services publics d'hygiène actuellement éparpillés entre les Ministères de l'Intérieur, de l'Agriculture, du Travail, de l'Instruction publique et du Commerce, aient été unifiés et concentrés en un organisme indépendant, *Ministère de la Santé*, dont le projet de loi a été déposé, faisons autour de nous sans cesse l'apostolat en faveur de meilleures habitudes privées et éclairons de notre mieux nos concitoyens, à commencer par les conseillers municipaux et les maires.

Un des plus graves défauts de la loi du 15 février 1902, qui régit l'Hygiène en France, est d'avoir placé la police sanitaire et l'hygiène des villes sous le contrôle des maires. « C'est placer un joli paradoxe à la base de la loi française », avait pourtant dit Duclaux. Les maires sont généralement incompétents. D'ailleurs comment exiger d'eux d'imposer à leurs électeurs des mesures que ceux-ci considèrent trop souvent comme vexatoires, assainir des logements insalubres, exproprier, entreprendre des travaux de voirie, installer dans les maisons le tout à l'égout, bouleversant leur vie et leurs habitudes?

Quand c'est un médecin qui est maire, l'hygiène de la commune ne laisse généralement que peu à désirer, si le confrère prend à cœur sa charge et on peut en citer bon nombre comme modèles. Malheureusement les progrès obtenus n'ont pas toujours assuré la réélection de ces maires bienfaisants; ils n'en ont que plus de mérite.

Résumons les grands traits de la *Loi sur la protection de la Sante publique,* qui a constitué l'*Organisation sanitaire.*

Un *règlement sanitaire* est prévu pour chaque commune.

Un *bureau d'hygiène* dans les villes de 20,000 habitants et dans les communes d'au moins 2,000 habitants, où se trouve un établissement thermal, est un service municipal qui fonctionne sous l'autorité du maire et dans des conditions déterminées par le décret du 3 juillet 1905.

Un *conseil départemental* d'hygiène de 10 à 15 membres (2 conseillers généraux élus par leurs collègues, 3 médecins dont 1 de l'armée de terre ou de mer, 1 pharmacien, l'ingénieur en chef, 1 architecte, 1 vétérinaire), pré-

sidés par le préfet. Un inspecteur départemental peut être chargé d'un service de contrôle.

Le département est divisé par le conseil général en *circonscriptions,* pourvues chacune d'une commission de 5 à 9 membres (1 conseiller général, au moins 1 médecin, 1 pharmacien, 1 vétérinaire, 1 architecte ou technicien d'une compétence analogue), présidée par le sous-préfet.

Les membres des conseils et commissions autres que les conseillers généraux sont nommés par le préfet pour quatre ans, renouvelés par moitié tous les deux ans, pouvant être renommés, ne peuvent donner d'avis que si les deux tiers sont présents, doivent être consultés sur toutes les questions intéressant la santé publique de leurs circonscriptions et peuvent recourir à toutes les mesures d'instruction qu'ils jugent convenables.

A Paris fonctionne le *Conseil d'hygiène et de salubrité publique de la Seine* et il y a des *Commissions d'hygiène d'arrondissement.*

Le *Conseil supérieur d'hygiène publique de France,* composé de 50 membres, est consulté par le gouvernement sur toutes les questions d'hygiène, l'exercice de la médecine et de la pharmacie, etc.

Il relève de la *Direction de l'assistance et de l'hygiène publiques,* du Ministère de l'Intérieur, qui a comme agent d'exécution l'*Inspection générale des services sanitaires* (deux inspecteurs et deux adjoints). Cette direction se tient en rapport avec l'Académie de médecine.

La surveillance des Établissements industriels insalubres, toutes les questions relative à la sécurité du Travail ressortissent au ministre du Travail et de la Prévoyance sociale.

Le *service des épidémies* est assuré dans chaque arrondissement par un médecin des épidémies, nommé par le Préfet ; il adresse un rapport annuel transmis à l'Académie, qui fait elle-même un rapport général.

En cas d'épidémie menaçant tout ou partie du Territoire, un décret du Président de la République doit déterminer les mesures propres à en empêcher la propagation.

SERVICE DE LA VACCINATION

L'obligation de la vaccination antivariolique dans la première année et de la revaccination au cours de la 11e et de la 21e année, dont les parents et tuteurs doivent assurer l'exécution, sous peine de 1 à 5 francs d'amende, est inscrite dans la *loi du 15 février 1902.*

Dans chaque département, le conseil général a fixé les circonscriptions vaccinales, le nombre et la répartition des séances gratuites, le mode de rémunération des médecins vaccinateurs, soit « par opération », soit « à forfait » par séance, ou série d'opérations, par commune ou par circonscrip-

tion, — les médecins de l'Assistance gratuite et de la protection du premier âge en étant généralement chargés — et l'approvisionnement en vaccin leur étant assuré.

Un *décret du 27 juillet 1903* réglemente la nomination des médecins par le préfet, l'annonce par affiches des lieu et date des séances, auxquelles se présentent les personnes dont les listes ont été établies par les municipalités, y compris les étrangers résidant en France, à l'exception de celles qui ont déposé à la mairie un certificat médical daté, avec mention du résultat positif. En cas d'insuccès, la revaccination doit être faite une seconde et au besoin une troisième fois. Le médecin vaccinateur délivre les certificats individuels attestant qu'il a été satisfait à l'obligation légale.

Un arrêté ministériel du 24 mars 1904 fixe les obligations des praticiens chargés des services publics de vaccine : Usage exclusif du vaccin animal, provenant d'établissements producteurs qui remplissent les conditions déterminées par le décret déjà cité, employé au plus tard dans les 40 jours, à dater de sa récolte. Obligation au médecin d'examiner avec soin avant l'opération les sujets à vacciner et d'exécuter par le procédé de son choix, mais avec toutes les règles propres à éviter les infections traumatiques, de visiter les vaccinés au plus tôt le septième jour. Le service de contrôle s'exerce par une commission spéciale (2 médecins à compétence bactériologique et un vétérinaire) au nom du conseil d'hygiène départemental et sous le contrôle supérieur de l'Académie de médecine.

Des réclamations ont été faites par les Syndicats et les Sociétés locales qui ont demandé que les fonctions de vaccinateurs, au lieu d'être attribuées par le Préfet à certains médecins à l'exclusion des autres, fussent confiées à tous les médecins consentants, une circonscription étant créée pour chacun d'eux, avec des honoraires suffisants, et non dérisoires comme dans un trop grand nombre de départements ; que les seuls indigents fussent admis aux séances gratuites ; que les pénalités édictées contre les personnes qui se soustraient à l'obligation soient réellement appliquées.

En dehors de l'obligation légale, le rôle spontané des praticiens, qui rappellent sans relâche dans leur clientèle la nécessité des revaccinations périodiques, est nécessaire pour éviter la réapparition des épidémies de variole.

LA PROPHYLAXIE DES ÉPIDÉMIES

Elle ne peut se passer de l'intervention des médecins et c'est avec leur concours que fonctionne l'organisation suivante :

a) La protection contre l'importation des maladies exotiques est visée par la loi de 1822 sur la police sanitaire, mais surtout par le règlement de

police sanitaire maritime de 1896, d'après lequel les navires doivent être munis d'étuves à vapeur sous pression ; en cas de maladie et de décès, les effets et la literie du malade doivent être désinfectés. Des « *médecins sanitaires maritimes* » recrutés, en vertu des articles 15 à 29 du règlement, à la suite d'un examen technique d'hygiène, sont chargés d'assurer la désinfection et doivent répondre personnellement des certificats qu'ils ont délivrés à ce sujet ; ils sont tenus d'adresser chaque année un rapport au ministre. Quand on a créé ce corps des médecins sanitaires maritimes, qui peut fournir un débouché à un certain nombre de jeunes confrères aimant les voyages (1), on n'a pas assez réfléchi que l'indépendance ne leur est pas moins nécessaire que la compétence pour s'acquitter convenablement de leurs délicates fonctions. Or « le médecin sanitaire maritime, institué par décret ministériel, remplissant une fonction publique, n'est cependant pas un fonctionnaire agent de compagnies privées ; il est le salarié de ces compagnies, à leur entière discrétion par conséquent. Son devoir de fonctionnaire peut, dans certains cas, lui commander des actes préjudiciables à son intérêt d'employé... Un bateau veut relâcher dans une escale quelconque, c'est pour le médecin sanitaire un devoir de déclarer l'épidémie qui règne à son bord ; mais, s'il le fait, la libre pratique sera refusée, la compagnie perdra de l'argent du fait de son employé médecin, et peut-être lui en saura-t-elle mauvais gré. » [J. d'Anfreville (2)]. Avec l'auteur de ces lignes, on souhaitera que le décret de 1896 soit revisé dans le sens d'une indépendance plus complète et d'une situation plus avantageuse accordées aux médecins sanitaires. « Le corps médical tout entier est intéressé à ce que la situation d'une importante fraction du tout qu'il forme soit réglée au mieux de la respectabilité de la corporation. On se plaint de la pléthore. Une nouvelle et plus rationnelle réglementation de la médecine sanitaire maritime, en ouvrant cette fois de sûrs débouchés aux jeunes docteurs, constituerait une médication, seulement adjuvante, il est vrai, mais efficace cependant dans une sérieuse mesure, contre le mal dont souffrent aujourd'hui, peu ou prou, tous les médecins. »

b) La protection contre les épidémies autochtones repose sur la *déclaration obligatoire des maladies contagieuses par le médecin,* à peine d'une amende de 50 à 200 francs.

Les maladies à déclarer sont : la fièvre typhoïde, le typhus exanthématique, la variole et la varioloïde, la scarlatine, la diphtérie, la suette, le choléra et les maladies cholériformes, la peste, la fièvre jaune, la dysen-

(1) P. Desfosses. Les débouchés de la médecine. Les médecins de paquebots (*Presse médicale,* 20 août 1898).

(2) Médecins sanitaires maritimes (*Presse médicale,* 24 août 1901).

terie, les infections puerpérales (lorsque le secret au sujet de la grossesse n'aura pas été réclamé), l'ophtalmie des nouveau-nés.

La déclaration est inscrite sur des cartes postales détachées d'un carnet à souche mis gratuitement à la disposition des médecins; cette déclaration doit être datée, porter les indications nécessaires pour trouver facilement la maison du malade; mais la nature de la maladie est seulement désignée par un numéro d'ordre correspondant à une nomenclature inscrite à la première page; le médecin peut ne pas signer, son carnet portant sur chaque feuille un numéro qui permet à l'administration de le reconnaître : la déclaration doit être faite en double, au maire de la commune du malade et au sous-préfet de l'arrondissement, ou au préfet dans le chef-lieu, au préfet de police à Paris.

La nécessité de cette déclaration des maladies contagieuses a soulevé de vives polémiques qui viennent de se raviver à propos du projet de loi sur la déclaration obligatoire de la tuberculose. On a dit qu'elle obligeait le médecin à déroger au secret professionnel et le mettait dans la nécessité d'imposer à ses clients des désagréments et quelquefois même des préjudices. Pour la première objection, nous sommes couverts par la loi. La seconde est valable. Quand une maladie contagieuse éclate chez un boulanger ou un boutiquier et que la déclaration faite par le médecin a eu pour résultat de faire venir l'équipe des désinfecteurs, tous les voisins sont avertis, et un effet habituel de la crainte publique est d'éloigner pendant un certain temps la clientèle du boulanger ou du boutiquier. Celui-ci ne peut qu'en savoir mauvais gré à son médecin; aussi a-t-on pu voir des médecins refuser de déclarer les maladies contagieuses pour se faire appeler de préférence à ceux de leurs confrères qui observent la loi.

C'est un procédé de concurrence déloyal, contre lequel il convient de protester. Il eût mieux valu que le législateur obligeât le chef de famille et non le médecin à la déclaration; mais actuellement la loi est formelle et doit être obéie. Il n'y aurait préjudice pour aucun de nous, si aucun confrère ne s'y dérobait. Mais, s'il y a préjudice, le médecin doit, en cette circonstance, faire au bien public le sacrifice de son intérêt, puisqu'il sait bien faire souvent, en temps d'épidémie, le sacrifice de sa vie.

PROTECTION DE L'ENFANCE

C'est l'application de la belle loi sociale due aux efforts du médecin philanthrope Théophile Roussel (1874), dont le nom y est attaché.

Elle a pour agents d'application :

a) Le *comité départemental,* dont fait partie un médecin membre du conseil départemental d'hygiène;

b) Des *commissions locales* dans certaines parties du département;

c) Un *médecin inspecteur* nommé par le préfet. Il dresse par commune une liste des personnes qui sont aptes à recevoir un enfant en nourrice, en sevrage ou en garde, et cette liste est communiquée au maire, afin que ce dernier puisse au besoin effectuer des placements d'office. Le médecin inspecteur a voix consultative aux séances des commissions locales de sa circonscription. Il visite les enfants au domicile des nourrices de sa circonscription, dans la huitaine après l'arrivée, puis au moins une fois par mois; en outre, il les visite à toute réquisition du maire, s'il y a lieu. Dans tous les cas, il vise le carnet de la nourrice et envoie un bulletin au maire.

Le médecin inspecteur peut faire convoquer extraordinairement la commission locale par le maire. Il donne son avis sur les retraits d'office, vise tous les mois le registre des commissions locales, délivre aux nourrices les certificats constatant que celles-ci remplissent les conditions désirables pour élever un enfant, sont vaccinées et ne sont atteintes ni d'affection contagieuse, ni d'infirmités. Il adresse au préfet un rapport trimestriel sur le résultat de ses visites et un rapport annuel sur l'état général de sa circonscription. Il tient à jour un registre sur lequel sont inscrits les nourrices, sevreuses ou gardeuses, et les enfants qui leur sont confiés. Il communique le registre à la commission locale, lorsqu'elle le demande.

d) L'*inspecteur départemental des enfants assistés*, qui peut être, mais n'est pas nécessairement un médecin.

Cette organisation nécessitait quelques réformes qui ont fait l'objet d'un projet de loi déposé il y a quelques années au Sénat par Léon Labbé, et à la préparation duquel nous avons eu l'honneur de prendre part avec une commission due à l'initiative du *Concours médical*; on a notamment proposé de ne pas interdire le cumul de la fonction de médecin inspecteur avec un mandat électif, et d'exiger que l'inspecteur départemental des enfants assistés soit toujours un médecin.

LE MÉDECIN ET L'ÉCOLE

L'importance du médecin dans la surveillance et l'amélioration de l'hygiène des établissements scolaires a été longtemps méconnue; avec mon cher et regretté ami Albert Mathieu, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, nous nous sommes efforcés de relever son rôle en fondant en 1902 une association qui, sous les noms successifs de *Ligue des médecins et des familles pour l'amélioration de l'hygiène scolaire*, et plus tard de *Ligue d'hygiène scolaire*, s'est proposé d'étudier tous les problèmes si délicats que soulève l'éducation physique, intellectuelle et morale dans des établissements publics.

Nous avons, dans des discussions minutieuses, au sein d'un comité composé des compétences associées de médecins, d'instituteurs, de professeurs, de pères de famille expérimentés, mis à l'étude et éclairé une foule de questions de pédagogie médicale.

L'action du médecin en faveur de l'hygiène de l'enfance s'exerce naturellement chaque jour dans les familles où il est appelé à rendre encore plus de services en apprenant aux parents à mieux élever leurs enfants au point de vue physique qu'en les soignant quand ils sont malades. Dans les écoles maternelles ou primaires, son action s'exerce en qualité d'inspecteur. Dans les collèges et lycées, s'il n'a plus que le titre de médecin attaché à l'établissement, s'il n'est en principe admis qu'à soigner les enfants malades, à prescrire les mesures nécessaires pour faire cesser des épidémies sur la demande des proviseurs et des directeurs, le médecin conscient de l'importance de son rôle doit faire de son mieux pour dépister les fautes contre l'hygiène qui peuvent nuire au développement des élèves et les signaler aux directeurs pour qu'elles soient évitées ou corrigées. Les *devoirs du médecin inspecteur des écoles* sont on ne peut mieux tracés dans le Guide publié par mon ami le docteur L. Dufestel (1).

« Il assure la surveillance hygiénique des bâtiments et du mobilier scolaire par une visite semestrielle pour les grosses réparations, par une visite hebdomadaire pour l'entretien des locaux ; il fait un rapport sur ces différents points. Il surveille la cantine scolaire, la préparation et la qualité des aliments. Il examine le chauffage, l'éclairage et la ventilation des classes. Il observe l'attitude des écoliers pendant les classes, choisit les places convenant aux enfants dont la vue ou l'ouïe sont affaiblies. Dans son cabinet, il examine tous les enfants qui lui ont paru suspects, ou qui lui sont signalés par les maîtres ou qui ont été absents de l'école sans motif connu pendant plus de trois jours. Il reçoit les parents, leur donne des indications utiles sur l'état de leurs enfants et les engage à les faire soigner quand il y a lieu. Au commencement de chaque année, il examine complètement les enfants nouveau-venus : mensuration du poids, de la taille et du périmètre thoracique ; examen de la vision et de l'audition, de la colonne vertébrale, de la dentition, du cuir chevelu, afin d'établir le *carnet sanitaire individuel*. Les mensurations de poids et de la taille doivent être prises deux fois par an. Le médecin procède, chaque année, à la revaccination des enfants âgés de dix ans. Il surveille l'éducation physique. Il enseigne l'hygiène aux maîtres et aux élèves. Il désigne les enfants qui doivent être soumis à un enseignement spécial (anormaux), ceux qui doivent être envoyés aux colonies de vacances. En cas d'épidémie, il prend toutes mesures nécessaires pour l'enrayer (isolement, évacuation, désinfection des classes). S'il s'agit de diphtérie, il doit pratiquer (à moins d'opposition des familles) les injections préventives dans toutes les classes infectées. »

Le médecin scolaire doit savoir se faire aimer des enfants et obtenir la

(1) Dufestel, *Guide pratique du médecin inspecteur des écoles*. O. Doïn, 2e édit., 1917.

confiance des directeurs et des maîtres pour faire prévaloir ses opinions par la persuasion, mais déployer à la fois de la ténacité pour faire observer les règlements ainsi qu'une fermeté suffisante pour les imposer au besoin. Vis-à-vis des directeur d'école, il peut s'appuyer sur son titre officiel qui lui confère autorité. Dans les établissements secondaires, son pouvoir est moindre, mais il peut s'imposer par son zèle et son caractère.

Il serait mieux armé si des *Associations de parents d'élèves* se constituaient dans tous les collèges à l'imitation de celle que le docteur P. Gallois a organisée à Paris et dans quelques villes et dont la collaboration à l'œuvre pédagogique repose principalement sur son union avec le médecin.

Une des mesures les plus désirables est la généralisation des *fiches individuelles* établies dès l'entrée de l'enfant dans la vie scolaire, tenues à jour et le suivant jusqu'à la sortie, relatant tous les incidents normaux et pathologiques de son développement.

Le médecin doit exercer sa surveillance la plus attentive sur l'hygiène de l'alimentation, les exercices physiques, le matériel scolaire, les déviations du rachis, les troubles de la vue, de l'ouïe et les infections nasopharyngiennes, les crises de phosphaturie et les albuminuries intermittentes, les excitations génitales de la puberté et l'initiation sexuelle qu'on a si grand tort de livrer au hasard des camaraderies et des lectures.

Pour améliorer l'hygiène publique le médecin doit s'initier encore aux particularités de *l'hygiène industrielle*, connaître à fond les intoxications par le plomb, le mercure, le phosphore, etc., et non seulement combattre les accidents morbides réalisés, mais s'ingénier à en diminuer la fréquence en suggérant aux patrons les améliorations nécessaires dans l'organisation du travail.

Nous pouvons servir encore l'hygiène publique, comme médecins des stations thermales, en obtenant des compagnies fermières ou des municipalités les sacrifices nécessaires pour rendre nos stations égales ou supérieures à celles de l'étranger. C'est agir patriotiquement. La France a les sources les plus nombreuses et les plus variées dans les plus beaux sites du monde, et elle devrait avoir la plus nombreuse clientèle étrangère à ce point de vue, si l'hygiène, le confortable s'y trouvaient plus souvent et à un plus haut degré.

Efforts individuels en faveur de l'hygiène.

Comme je l'ai dit plus haut, chaque praticien, dans sa sphère, doit travailler à la diffusion de l'hygiène. Pour les améliorations des services publics, nous ne pouvons guère agir individuellement que par des cam-

pagnes de presse et surtout en mettant en mouvement nos Syndicats. Mais notre action individuelle n'est pas négligeable et plus que jamais elle est un devoir professionnel, — ce qui distingue encore notre profession des autres, puisque nos efforts dans ce sens tendent à réduire la morbidité et par conséquent nos sources de revenus.

Oui, tous les médecins doivent et plus que jamais, dans un pays si terriblement éprouvé, où il faut relever la natalité, lutter contre les causes d'affaiblissement de la nation et créer des citoyens vigoureux, consacrer aux progrès de l'hygiène publique une part de leur temps et de leurs efforts.

Ceux de ma génération l'ont fait au lendemain de l'invasion de 1870-71 et en gardent quelque fierté.

Étudiants au quartier latin de 1872 à 1880, nous fondions des associations pour répandre parmi les ouvriers le souci de l'hygiène et, au nom de l'*Union Française de la Jeunesse*, société d'instruction et d'éducation populaire, dont j'étais vice-président (que ces temps sont lointains ! on cessait d'en faire partie à 30 ans...), conférencier inexpérimenté, je portais dans les mairies et les écoles du soir l'écho de l'enseignement de mes maîtres. Et, quoique le moi soit haïssable, je ne puis sans quelque satisfaction jeter un coup d'œil en arrière sur ma carrière d'hygiéniste.

Chef de service dans les hôpitaux, désolé de constater les progrès incessants de l'alcoolisme, qu'étudiaient si bien les Magnan, Lancereaux, Debove, je m'efforçai, en 1898, de vulgariser parmi mes malades les dangers du poison que nos malheureux ouvriers ignorent ou méprisent, en leur distribuant des petits tracts concis, — dont j'ai eu la satisfaction de voir plus tard l'Assistance publique reproduire presque textuellement les termes sur ses feuilles de prescriptions : ce n'était pas sans longs efforts que j'étais parvenu à les condenser en termes intelligibles à « l'homme de la rue ».

On peut être victime de ses bonnes intentions. Par une ironie singulière, à cette même époque une active publicité était faite par un confrère homonyme en faveur d'un vin médicamenteux et, malgré mes réclamations, je ne pus obtenir que son nom fût rendu distinct du mien au moins par addition du prénom ; en même temps dans ses annonces un marchand d'alcool trouvait moyen de mêler mon nom à sa réclame en spécifiant que, si j'avais raison de proscrire l'alcool, « son quinquina » était à base de vin.

En 1901, je démontrais la nécessité d'aménager dans chaque hôpital un local spécial pour l'isolement des agités temporaires, au lieu de les envoyer à l'asile d'aliénés comme on le faisait alors.

La tuberculose était déjà en 1898 le Moloch dévorant auquel nous n'avions pas réussi à opposer le moindre sanatorium populaire. Comme Letulle, au Congrès, j'insistais sur la nécessité d'en obtenir et d'en créer surtout à des prix modestes. Avec lui, avec Merklen, Barth, Faisans, Sersiron,

j'unissais mes efforts pour réunir les fonds nécessaires. Plus tard Landouzy nous soutint avec sa verve inépuisable. Mais ce n'est qu'après des années de lutte que nous avons réussi à fonder avec les concours des banquiers P. et A. Mirabaud, du prince d'Arenberg et la publicité du *Figaro,* la *Société des Sanatoriums populaires de Paris* et ce sanatorium de Bligny, qui a servi de modèle et a rendu tant de services avant et pendant la guerre sous l'habile direction de Guinard.

Il fallait vulgariser dans le public les dangers de la contagion en même temps que les moyens de l'enrayer. Vice-président de la *Ligue pour la lutte contre la tuberculose par l'Éducation populaire,* que présidait le chirurgien J.-J. Peyrot et qu'avait organisée Weill-Mantou, son secrétaire général, je me fis conférencier voyageur, et dans bien des villes et dans les Universités populaires je parlais tour à tour contre l'alcool qui fait le lit de la tuberculose, contre la liberté de cracher par terre, contre le taudis, et pour la cure en sanatorium : quelques déboires s'attachent à cette propagande. Il se trouva un jour un médecin pour me dire publiquement que ma défense des sanatoriums était un acte anticonfraternel, tendant à diminuer les recettes des confrères !

J. Grancher, mon maître en phtisiologie, a montré ce que peut faire l'application d'une idée juste poursuivie avec ténacité : lui voulait surtout préserver la graine humaine et son œuvre de l'*Enfance à la campagne* est aujourd'hui bien florissante.

Le souci de concentrer en faveur de l'enfance les efforts de l'hygiène sur un autre terrain m'amenait à m'associer, comme je l'ai dit précédemment, avec Albert Mathieu pour faire campagne en faveur d'une meilleure hygiène dans les Établissements d'enseignement.

J'avais montré (1) combien l'alimentation des lycéens laissait à désirer. A. Mathieu souhaitait que les exercices physiques tinssent une plus grande place ; je le pensais comme lui, bien que j'eusse protesté en 1894 (2) contre les abus de certains sports pour certains enfants ; tous deux nous pensions que le médecin doit être le guide et le surveillant permanent de l'entraînement physique.

Notre œuvre aura connu des phases diverses : elle a créé un mouvement d'opinion, des Congrès nationaux et internationaux, elle a amené la réorgasation de l'Inspection médicale des Écoles et elle a publié toute une bibliothèque de documents réunis dans les bulletins de l'*Hygiène scolaire,* par les soins du rédacteur en chef, M. L. Bougier, agrégé de l'Université. Quand

(1) La dyspepsie des collégiens. Congrès de pædiatrie de Marseille 1898. — Le régime alimentaire des enfants et des adolescents. Congrès de Paris 1907.

(2) De la nécessité d'encourager, mais de réglementer les exercices physiques dans les établissements scolaires. Congrès de Caen A. F. A. S.

mon pauvre ami Mathieu nous a été si prématurémrent enlevé, après avoir, comme secrétaire général et président, consacré tant de travail à notre œuvre, elle avait déjà porté ses fruits, et maintenant que l'âge et la maladie m'ont obligé à la retraite, le professeur Méry continue à la guider avec un groupe de médecins d'élite Dufestel, Génévrier, L. Guinon, etc.

§ 3. — LE MÉDECIN ET L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Le médecin est un des rouages indispensables de cette machine si compliquée, l'Assistance publique. Il la sert dans ses deux branches, l'hôpital et l'Assistance à domicile.

Dans les grandes villes, le recrutement des *médecins des hôpitaux* se fait au moyen de concours, qui sont entourés en général de toutes les garanties désirables. Il devrait en être ainsi dans tous les hôpitaux et hospices des villes où se trouvent plusieurs médecins. On pourrait souhaiter que les épreuves de ces concours fussent organisées surtout en vue de prouver les connaissances pratiques.

La fonction du médecin d'hôpital est parfois assez délicate : il doit être doux et poli envers les malades, veiller non seulement sur le traitement, mais encore sur le régime alimentaire ; savoir toujours concilier les recherches scientifiques avec l'humanité, ne publier les observations qu'avec la plus grande discrétion. Dans ses rapports avec les administrateurs, il doit faire preuve de tact, de courtoisie, mais d'énergie toutes les fois qu'il s'agit de défendre les intérêts des malades et du personnel qui les soigne ; il doit s'imposer une neutralité politique et religieuse absolue.

Il y a en France près de 1,700 établissements hospitaliers. En province, les hôpitaux sont généralement régis par des Commissions administratives, composées de 6 membres, non compris le maire président. Si le maire est médecin de l'hôpital, il ne peut pas présider la commission.

Le traitement des malades *assistés à domicile* se fait au moyen des *médecins des bureaux de bienfaisance ;* ceux-ci recrutés au concours, sont à Paris au nombre de 250 pour soigner 250,000 malades ; ils font preuve du plus grand zèle et rendent d'immenses services. Il y a en France 15,000 bureaux de bienfaisance.

Un point, sur lequel nous ne pouvons insister, mais qui a soulevé de vives et légitimes protestations de la part du corps médical, c'est *l'abus des consultations gratuites hospitalières données aux faux indigents*, usant de tous les stratagèmes pour prendre la place des vrais pauvres.

L'assistance médicale gratuite dans les campagnes est régie par la loi du 18 juillet 1893, ainsi conçu : Article 1er. — Tout Français malade, privé

de ressources, reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'État, suivant son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile, ou s'il y a impossibilité de le soigner utilement à domicile, dans un établissement hospitalier. Des dispositions spéciales concernent les femmes en couches et les étrangers. Le service est organisé dans chaque département, sous l'autorité du préfet, par le conseil général, qui vote les crédits nécessaires.

Cette loi est entrée en vigueur en 1895. Les conseils généraux ont eu alors à choisir entre divers systèmes pour la rétribution des médecins : le système du médecin cantonal ; le système dit à l'abonnement ; le système à la visite, avec indemnité kilométrique. Ce dernier est certainement préférable. Il faut songer qu'avant cette loi le médecin assumait seul la charge de l'assistance ; elle a été un progrès, mais le médecin, qui supporte déjà des impôts devenus plus lourds pour lui comme pour tous ses concitoyens, ne doit pas faire ce service gratuitement, il a droit à une rémunération suffisante.

§ 4. — LE MÉDECIN ET LES COLLECTIVITÉS PRIVÉES

Il existe une différence fondamentale entre la situation du médecin vis-à-vis de ces collectivités privées et celle qui lui est faite par rapport aux institutions de l'État, que nous avons tout à l'heure passées en revues. Ici, nous n'avons plus à servir le bien public, à faciliter le traitement des indigents.

SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS

Ne pouvant se passer des soins des médecins elles doivent les payer raisonnablement. Ne nous laissons pas exploiter : donc débattons nos intérêts, et n'acceptons pas de taux inférieurs à ceux de nos confrères. Fort heureusement nos syndicats et associations ont établi des tarifs auxquels nous devrons toujours nous reporter.

On trouvera dans la collection du *Concours médical* toute l'histoire des luttes syndicales contre l'exploitation du médecin par les Mutualités, dans le détail desquelles je ne puis entrer.

COMPAGNIES D'ASSURANCES SUR LA VIE

Le rôle du médecin dans les assurances sur la vie a été parfaitement tracé par le Dr Weill-Mantou (1). Il est « d'analyser les antécédents personnels et héréditaires du candidat, d'examiner l'état de ses organes et de ses fonctions et de conclure s'il semble offrir toutes les chances suffisantes

(1) Dr J. Weill-Mantou, *Manuel du médecin d'assurances sur la vie*. Paris, G. Masson.

pour atteindre le terme moyen assigné par les statistiques aux sujets de son âge ».

Outre la parfaite connaissance de son art, le médecin de compagnie d'assurances doit avoir une clairvoyance attentive.

Sa responsabilité est grande, mais purement morale. Il ne doit avoir aucun intérêt dans l'assurance où il intervient au nom d'une compagnie, il n'acceptera jamais de commission d'un agent, ne se fera jamais courtier.

Il déclinera le mandat d'examinateur, si le candidat ou les bénéficiaires de l'assurance sont de sa parenté.

Le médecin examinateur est naturellement l'adversaire du candidat, tandis que le médecin traitant est son allié. Il n'est nullement tenu à conserver un secret professionnel quelconque vis-à-vis de la compagnie qui l'emploie. Cette opinion a d'abord été contestée par la Société de la Gironde, et Azam proposait de répondre seulement par oui ou par non au sujet des propositions d'assurances ; l'Association générale des médecins de France a adopté la thèse contraire à l'unanimité. Brouardel précise ainsi le rôle du médecin examinateur :

« Le médecin examinateur de la compagnie n'a pas été appelé à pénétrer dans le sein de la famille ; il n'a pas pu recevoir ou surprendre quelque secret. Le postulant vient devant un médecin qu'il sait chargé de constater tout ce qui peut être objecté à sa proposition ; il ne peut y avoir pour lui aucune surprise ; il est devant une personne représentant les intérêts de la compagnie et non devant son confident habituel.

« De bonne foi ou non, ce candidat fait, sous sa responsabilité, sous sa signature, les déclarations prescrites sur ses antécédents de famille, sur sa santé, sur ses habitudes.

« Le devoir du médecin est de vérifier si quelque lésion existe, et dans quelle mesure elle peut modifier les risques de la compagnie au nom de laquelle il procède. Là, plus de secret professionnel : le candidat dit ce qu'il croit devoir dire au médecin ; il sait que le médecin a charge de compléter ses confidences et il se livre à lui.

« Le devoir du médecin est de déjouer les ruses des clients qui cachent leurs tares et d'être assez sagace pour dépister toute dissimulation.

« Rien dans le rôle du médecin examinateur ne relève du secret médical ; il doit à la compagnie, au nom de laquelle il opère, tous les renseignements reçus ou découverts. »

Mais le secret doit être gardé vis-à-vis des agents d'assurances qui ne sont pas médecins. C'est pourquoi les compagnies emploient divers systèmes destinés à assurer ce secret dans les limites que nous venons d'indiquer. La Compagnie, par exemple, fait usage d'enveloppes spéciales à l'adresse du directeur : le médecin y enferme son rapport et contre-

signe au verso en travers des deux côtés d'un des plis de fermeture ; c'est l'agent qui transmet l'enveloppe à la compagnie.

Vis-à-vis des candidats, le médecin d'assurances sera affable, signalera avec tous les ménagements possibles un début de maladie qu'il aura constaté, expliquera le refus de façon à en atténuer l'impression fâcheuse sur l'esprit du malade ; s'il connaît le médecin traitant, il lui écrira pour le mettre au courant de la situation.

Il peut se faire que le médecin examinateur soit en même temps le médecin ordinaire du candidat ; dans une petite localité, par exemple, sa tâche est alors fort désagréable. Brouardel conseille de s'abstenir en pareil cas, mais cela n'est malheureusement pas toujours possible ; néanmoins, si on le peut, on se récusera. Il faut d'ailleurs se récuser toujours ou accepter toujours. En tout cas, si le médecin est agréé comme expert par le client, celui-ci reconnaît implicitement au médecin qui l'examine les droits et devoirs de tout expert, quel qu'il soit.

Quelquefois le client réclame le silence sur une circonstance passée. Le médecin, se trouvant alors dans la nécessité de ne point divulguer ce secret, et en même temps ne voulant pas se rendre complice d'une fraude à l'égard de la Compagnie, dira à celle-ci : « Je conseille le refus en ma qualité d'expert, mais le secret professionnel m'interdit de révéler la cause exacte de ce refus », ou bien il se récusera purement et simplement, et la Compagnie comprendra. Quand on refuse un candidat, il convient par humanité de trouver au refus une explication plausible qui ne puisse alarmer le patient, s'il n'y a aucun bénéfice pour lui à l'avertir de la cause vraie du refus.

Avant de procéder à l'examen d'un candidat, le médecin doit s'assurer d'abord de son identité, en se référant au signalement fourni par l'agent de la Compagnie, ou en consultant directement celui-ci ; en outre il fait signer le candidat en tête de son rapport ou au-dessous de ses déclarations.

L'examen sera pratiqué plutôt à domicile s'il s'agit d'une femme, plutôt dans le cabinet du médecin, lorsqu'il s'agit d'un homme. Cet examen devra être complet et méthodique, visant surtout la recherche des grosses tares telles que cancer, tuberculose, diabète, albuminurie, syphilis, maladies du cœur et de l'aorte ; au point de vue de l'analyse des urines, mon regretté maître F. Siredey insistait sur l'importance qu'il y a à expérimenter sur des urines que le malade émet en notre présence. « Il me les faut chaudes », disait-il au proposant qui lui en apportait un échantillon dans un flacon.

Puis le médecin rédige son rapport ; généralement existe à cet égard un questionnaire, dressé par les soins de la Compagnie, ce qui offre le double avantage de couvrir dans une certaine mesure le médecin, à la fois vis-à-vis de la Compagnie et vis-à-vis du client. D'autre part, ces questionnaires fournissent, au point de vue de la science, des documents d'un intérêt inap-

préciable en ce qui concerne la statistique, les lois de l'hérédité morbide, la valeur précoce de certains signes ou symptômes, la morbidité professionnelle, les relations des maladies entre elles.

Dans la confection de son rapport, le médecin doit être d'une absolue impartialité, même s'il a examiné un client ; son rapport doit être circonstancié, surtout en ce qui concerne les antécédents morbides du candidat, ses antécédents héréditaires plus ou moins suspects, ou les faits importants qu'il a pu découvrir dans les commémoratifs. Il redoublera d'attention dans l'examen du candidat et dans l'énumération de ses antécédents, si le candidat proposant est âgé, ou si le capital assuré dépasse ce qu'on appelle le *plein* de la Compagnie, c'est-à-dire la somme maxima qu'elle a coutume d'assurer sur une seule tête.

En évitant à la fois une indulgence extrême et une sévérité exagérée, le médecin posera ses conclusions, dûment motivées, et aboutissant à l'acceptation, au refus ou à l'ajournement, suivant les cas, du candidat examiné.

Il existe d'ailleurs auprès de la Compagnie un conseil médical qui vérifie les dossiers de province et peut, s'il y a lieu, refuser des candidats proposés par les autres médecins.

Quant aux *certificats après décès*, qui nous sont demandés par la Compagnie, par le tiers bénéficiaire, par la famille (époux, enfants, collatéraux), nous pouvons, nous devons même les refuser aux Compagnies, d'après Brouardel et la Société de médecine légale, même si le défunt nous a déliés du secret professionnel, mais nous pouvons les donner aux enfants ou à la veuve, sauf s'il s'agit de syphilis.

COMPAGNIES D'ASSURANCES CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

L'une des conséquences de la loi votée en 1898, sur la responsabilité des chefs d'entreprises en cas d'accidents, a été d'augmenter l'importance des Compagnies d'assurances-accidents. Or, le médecin, qui est appelé à donner ses soins aux victimes des accidents et surtout à fournir les certificats nécessaires pour établir le chiffre des dommages causés, a été tout d'abord l'objet d'une véritable exploitation.

Mais l'Association de la Gironde et les Syndicats qui se sont unis à elle ont été unanimes à déclarer que, pour sauvegarder l'indépendance de l'ouvrier blessé, mettre un terme à l'exploitation du médecin par les compagnies d'assurances, lui garantir dans l'avenir une rémunération honorable de ses soins, resserrer les liens de bonne confraternité qui doivent unir tous les médecins et maintenir, avec leur autorité scientifique, leur prestige moral devant la justice, il suffirait d'adopter et d'imposer à toutes les com-

pagnies assurances-accidents un tarif suffisamment rémunérateur, tout en n'imposant pas aux compagnies des sacrifices exagérés.

Nous empruntons à M. le professeur agrégé Jeanbreau, chirurgien de l'hôpital général de Montpellier, les renseignements suivants :

Ce que le Médecin doit savoir de la Loi sur les Accidents du travail et ce qu'il doit faire après un accident.

TITRE PREMIER : FIXATION DES INDEMNITÉS EN CAS D'ACCIDENTS.

1° *Incapacité temporaire.*

Demi-salaire quotidien à partir du cinquième jour après l'accident. Si l'incapacité a duré plus de dix jours, l'indemnité est due dès le premier jour.

2° *Incapacité permanente partielle.*

Une rente viagère égale à la moitié de la réduction que l'accident aura fait subir au salaire.

3° *Incapacité permanente totale.*

L'ouvrier a droit à une rente viagère égale aux deux tiers de son salaire annuel.

4° *Accidents suivis de mort.*

Au conjoint survivant : une rente viagère de 20 % du salaire annuel de la victime. Pour les enfants de moins de 16 ans, une rente de 15 % du salaire annuel de la victime s'il y a un enfant, de 25 % s'il y en a deux, de 35 % s'il y en a trois, de 40 % s'il y en a quatre et plus.

Les rentes sont incessibles et insaisissables.

Soins médicaux et suites de l'accident.

Le chef d'entreprise (ou la compagnie d'assurances qui s'est substituée à lui) supporte les frais médicaux, pharmaceutiques et funéraires. Les médecins peuvent actionner directement le chef de l'entreprise.

Au cours du traitement, le patron peut désigner au juge de paix un médecin chargé de le renseigner sur l'état de la victime. Cette désignation donnera audit médecin accès auprès de la victime en présence du médecin traitant, prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée.

Si le médecin certifie que la victime est en état de reprendre son travail

et que celle-ci le conteste, le chef d'entreprise peut, lorsqu'il s'agit d'une incapacité temporaire, requérir du juge de paix une expertise médicale qui devra avoir lieu dans les cinq jours.

TITRE II : FORMALITÉS A REMPLIR APRÈS L'ACCIDENT.

Tout accident doit être déclaré à la mairie dans les quarante-huit heures. Dans les quatre jours, si la victime n'a pas repris son travail, le chef d'entreprise doit déposer à la mairie un certificat médical indiquant *l'état de la victime, les suites probables de l'accident, l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif.*

La victime ou ses répondants peuvent faire la déclaration dans le cours de l'année.

Si l'accident doit entraîner une incapacité permanente, le juge de paix fait une enquête.

TITRE III : PROCÉDURE ET JURIDICTION EN CAS DE LITIGES. RÉVISION.

Le demi-salaire (encore désigné sous le nom d'indemnité temporaire) est dû jusqu'au jour du décès, ou de la consolidation de la blessure, c'est-à-dire jusqu'au jour où la victime se trouve soit complètement guérie, soit atteinte d'une incapacité permanente.

Tout ce qui concerne les indemnités temporaires, les frais médicaux et pharmaceutiques est de la compétence du juge de paix.

Les autres indemnités (rentes viagères) sont fixées par ordonnance du Président du Tribunal civil qui peut commettre un ou trois médecins-experts. En cas de désaccord, l'affaire vient devant le Tribunal civil.

Tous les jugements sont susceptibles d'appel.

En cas de faute inexcusable du patron ou de l'ouvrier, la pension peut être majorée ou diminuée.

L'ouvrier a, de plein droit, l'assistance judiciaire.

TITRE V

Est passible d'amende... toute personne qui aura porté atteinte ou tenté de porter atteinte au droit de la victime de choisir son médecin ;... *tout médecin ayant, dans des certificats, sciemment dénaturé les conséquences des accidents.*

Ce que le médecin doit faire après un accident. — On voit donc que le médecin peut intervenir comme médecin soit de la victime, soit du chef

d'entreprise, soit de la compagnie d'assurances, soit de la justice. Dans tous les cas, son rôle est difficile ; il ne doit pas seulement, comme en clientèle courante, porter un diagnostic destiné à satisfaire la curiosité ignorante de l'entourage. Il doit le déclarer sur un certificat qui engage sa responsabilité professionnelle et morale. Il doit de plus — et c'est ici que les difficultés augmentent — fournir un pronostic qui n'est pas toujours, en pathologie des accidents du travail, celui qu'on peut établir par l'examen de la blessure. Les suites des accidents indemnisés ne sont jamais aussi favorables que celles des blessures qui ne donnent pas droit à une rente.

Le praticien aura toujours présentes à l'esprit les règles suivantes, dont l'observation lui évitera bien des ennuis :

1° Ne jamais se fier à sa mémoire, toujours consigner par écrit le résultat de l'examen du blessé, *au fur et à mesure de cet examen*. Noter également la nature des opérations pratiquées, la date des pansements, la date de la cicatrisation de la plaie, de la consolidation d'une fracture, de l'état définitif d'une blessure.

2° Toujours montrer au blessé les précautions d'asepsie et d'antisepsie que l'on prend avant et après le pansement. Lui expliquer, en un langage clair, la nécessité de ces précautions, le danger d'enlever ou de modifier le pansement ou l'appareil.

3° Toujours vérifier, à la visite suivante, si le pansement ou l'appareil n'ont pas été défaits ou modifiés. Certains fracturés de cuisse enlèvent, par exemple, l'extension continue pour obtenir un chevauchement des fragments et par suite un raccourcissement qui leur donnera droit à une rente. Mais si le blessé obtient ainsi une indemnité que le patron n'aurait pas été obligé de payer si la fracture s'était consolidée en bonne position, votre réputation sera bien vite entachée d'incurie ou d'ignorance. Surveillez de très près vos fracturés, allez les voir à l'improviste, vérifiez chaque fois attentivement leur appareil. N'hésitez jamais à appeler un consultant si vous craignez de ne pouvoir obtenir vous-même une réduction exacte des fragments.

4° Faire à tous les blessés atteints de plaies contuses souillées de terre, de boue, de cambouis, de crottin de cheval, à toutes les plaies « tétanigènes » en un mot (et les plaies contuses de la tête le sont très souvent, même par les armes à feu), faire à tous ces blessés, aussitôt que possible, une injection de sérum antitétanique de 10 cc. Répétez cette injection trois jours après et enfin dix jours après la blessure. Vous mettez ainsi vos blessés à l'abri d'un tétanos mortel. — N'oubliez pas de noter la date de ces injections sur votre carnet.

Dans le cas où, pour une raison quelconque, le blessé refuse l'injection

de sérum antitétanique, expliquez-lui qu'elle est inoffensive, indolore, et qu'elle constitue le seul moyen connu de le mettre à l'abri d'une maladie souvent mortelle. Dites-lui que, blessé comme lui, vous n'hésiteriez pas à vous faire l'injection. S'il refuse, faites-lui signer une déclaration constatant un refus. Ou mieux encore, pour vous mettre à l'abri de l'accusation de « faute lourde » qu'on ne manquera pas de porter contre vous si la victime succombe au tétanos, prenez deux témoins, faites-leur constater le refus du blessé, malgré votre affirmation de l'innocuité de l'injection, et faites à chacun écrire, signer et dater sur papier libre une déclaration constatant le refus du blessé.

5° En cas de refus de soins ou de pansement par la victime, expliquez-lui qu'elle risque d'aggraver sa blessure et même de succomber (plaies articulaires, fractures ouvertes). Si l'accident doit entraîner une incapacité permanente, indiquez au blessé qu'il s'expose à voir diminuer le chiffre de sa rente par les magistrats.

6° En cas de mort au cours du travail, le certificat médical n'est pas nécessaire; la déclaration du chef d'entreprise suffit. Mais lorsque l'ouvrier est mort sans témoins, ou qu'il a succombé après un traumatisme léger (choc sur le larynx, l'abdomen, les testicules), le médecin est toujours appelé pour préciser s'il s'agit d'une mort « subite » dont l'entreprise n'est pas responsable ou d'une mort par accident survenue « au cours ou à l'occasion du travail ». Toutes les fois que vous ne trouverez pas de lésion susceptible d'expliquer la mort, vous devrez indiquer la nécessité de l'autopsie aussi bien dans l'intérêt du patron que dans celui de la famille de la victime. Sans autopsie, un procès qui durera deux ou trois ans s'engagera, au bout desquels la veuve sera forcément déboutée. Mais l'entreprise aura dépensé en frais de justice une somme considérable. Le médecin persuadera à la famille que l'autopsie n'est pas une violation de corps, mais une simple opération scientifique, comparable à l'examen que fait le chirurgien au cours d'une intervention.

Si vous êtes appelé auprès d'un ouvrier trouvé sans connaissance dans un souterrain ou une galerie, il faut toujours : 1° distinguer le coma et la syncope de la mort réelle; 2° en cas de mort, rechercher si celle-ci peut être attribuée à une cause extérieure (éboulement de charbon, chute dans le vide, asphyxie par privation d'air respirable, intoxication par gaz délétère, électrocution, etc.).

On notera soigneusement par écrit la position du cadavre au moment où on l'a découvert (assis, sur le ventre, sur le dos, la tête en bas), le genre du travail auquel se livrait l'ouvrier, les traces de traumatismes sur les vêtements, les mains et la tête, la pâleur ou la cyanose du visage, la présence ou l'absence d'écume sanglante dans la bouche, et enfin certaines

particularités relatives à l'atmosphère (odeur forte, odeur d'air confiné, extinction de la lampe de l'ouvrier).

COMMENT SE FAIRE RELEVER DE LA PRESCRIPTION POUR DES HONORAIRES D'EXPERTISES EN MATIÈRE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL (E. Jeanbrau).

« En général, les greffiers des Tribunaux et des Cours d'appel remplissent les formalités nécessaires au règlement des honoraires d'expertise. Dès que le président a taxé les vacations sur le rapport, le greffier remplit deux formules de mémoires imprimées, les fait signer aux experts, les soumet au parquet et au président et touche la somme accordée au bureau de l'enregistrement. L'expert reçoit ainsi ses honoraires sans avoir perdu de temps en démarches et formalités et abandonne au greffier une rémunération variant entre 5 et 10 p. 100 de la somme dont s'agit.

Mais les experts ne trouvent pas autant de prévenance dans tous les Tribunaux. Ils doivent alors tenir une comptabilité exacte, sur un registre spécial, des expertises faites, avec le nom des parties, la date de l'ordonnance ou du jugement qui a ordonné l'expertise, la date de la prestation de serment, des opérations effectuées, du dépôt du rapport, le chiffre des vacations dont on a demandé la taxe. Ces indications sont nécessaires pour présenter au Parquet les mémoires d'honoraires dans le délai d'un an à partir du dépôt du rapport. Faute d'accomplir cette dernière formalité en temps voulu, les honoraires d'expertise sont prescrits et l'expert ne peut en obtenir le paiement qu'en sollicitant du garde des sceaux d'être relevé de la prescription.

Ayant laissé bien souvent prescrire des honoraires d'expertise, j'ai fait un jour les démarches nécessaires pour en obtenir le paiement. Comme c'est une formalité compliquée, je crois rendre service à mes confrères en leur indiquant comment il faut procéder. Je rappellerai d'abord en détail le mode de règlement des honoraires d'expertise dans les délais normaux.

I. — *Mode de paiement des honoraires d'expertise dans les accidents du travail.*

1° Tarif des honoraires. — Le tarif suivant lequel sont payés les honoraires des expertises ordonnées par les juges de paix, les présidents, les Tribunaux civils et les Cours d'appel pour l'application de la loi sur les accidents du travail est, comme celui de toutes les expertises où l'un des plaideurs a l'assistance judiciaire, le tarif criminel.

Ce tarif accorde à l'expert pour chaque vacation de jour de trois heures (c'est-à-dire théoriquement pour le travail accompli pendant trois heures) :

A Paris	5 francs.
Dans les villes de 40,000 habitants et au-dessus	4 —
Dans les autres villes et communes	3 —

Il ne peut être alloué pour chaque journée que deux vacations de jour et une de nuit (les vacations de nuit n'ont d'intérêt que pour les expertises criminelles proprement dites).

2° Comment l'expert doit-il formuler sa note d'honoraires? — Au bas de son rapport, après la date et la signature, l'expert ajoute la formule suivante :

L'expert soussigné déclare avoir consacré à la prestation de serment, à l'étude du dossier, aux examens du blessé, à la rédaction et au dépôt du rapport X *vacations dont il prie Monsieur le Président de vouloir bien lui donner taxe (ainsi que de ses déboursés pour une ou plusieurs radiographies, un examen électrique, etc., déboursés qui se montent à la somme de* X *francs).*

3° Taxation des honoraires par le président. — Au moment de rendre son jugement, le président lit le rapport et, sur la minute même du rapport d'expertise (1), il taxe les honoraires de l'expert à la somme qui lui convient. Le chiffre des honoraires est obtenu en multipliant le nombre des vacations accordées par le président par le montant de la vacation : par exemple, 100 francs pour 20 vacations à Paris.

4° Présentation par l'expert de ses mémoires d'honoraires. — En vertu de l'article 14 de la loi du 10 juillet 1901 sur l'assistance judiciaire, les honoraires d'experts (comme tous les autres frais) sont avancés à l'assisté par le Trésor. C'est l'administration de l'enregistrement qui a la mission d'effectuer les avances. Elle les recouvre ensuite, si c'est la Compagnie d'assurances ou le chef d'entreprise qui ont été condamnés aux dépens. Lorsque c'est le blessé qui a perdu, comme il est insolvable, elle ne les recouvre jamais.

Pour toucher ses honoraires, l'expert ne s'adresse donc pas à la Compagnie d'assurances, même si celle-ci a sollicité l'expertise et si elle a succombé. Il doit présenter au parquet, comme pour une expertise criminelle ordonnée par un juge d'instruction, un mémoire d'honoraires sur papier libre, en double exemplaire, dont voici le modèle. L'expert ne doit pas oublier de dater et signer ses mémoires :

(1) Ou bien après la conciliation des parties devant lui, si l'affaire n'est pas encore venue devant le Tribunal.

Frais d'expertise.

—

Affaire Durand contre la Compagnie X.

Accidents du travail.

—

Loi du 9 avril 1898.

—

MÉMOIRE

des vacations dues à M. le docteur Jeanbrau, expert près la Cour ou près le Tribunal séant à Montpellier pendant l'année 1910

AUTORITÉS qui ont requis les opérations.	DATES des vacations.	NATURE des opérations.	NOMBRE DE Vacations.	NOMBRE DE Myriam. parcourus.
M. le Président du tribunal de Montpellier. Ordonnance du 10 mai 1910	Du 2 juin au 20 juin 1910.	Prestation de serment. Examen de Durand, blessé à l'épaule droite et à la main gauche. Etude du dossier, rédaction et dépôt du rapport.	20	

RÉCAPITULATION	NOMBRE	PRIX	MONTANT	TAXE DU JUGE	OBSERVATIONS
Vacations	20	4	80		
Myriamètres parcourus					
Frais accessoires de radiographie			30		
Frais de port de pièces					
Totaux			110		

Nota. — Joindre à l'appui de chaque opération le réquisitoire qui y a donné lieu, ainsi que les états de dépenses pour frais accessoires.

Je soussigné, expert, certifie le présent mémoire pour la somme de cent dix francs.

A Montpellier, le 2 octobre 1910.

E. JEANBRAU.

L'expert, ignorant si le juge taxateur n'a pas réduit le nombre de ses vacations, inscrit sur ses mémoires les chiffres mentionnés au bas de son rapport.

Ces mémoires portent au verso deux formules, dont l'une dite *réquisitoire*, l'autre dite *exécutoire*. Ils sont d'abord soumis à l'approbation du procureur général qui leur appose son *visa*. Ces mémoires sont alors retournés, signés du procureur de la République, au président du Tribunal qui a ordonné l'expertise.

RÉQUISITOIRE

NOUS,

Vu la loi du 10 *juillet* 1901 *sur l'assistance judiciaire et l'article* 14 *de la loi du* 22 *janvier* 1851 *et les pièces jointes au présent mémoire, requérons qu'il soit délivré exécutoire par*

sur la caisse de l'Administration de l'Enregistrement et des Domaines, pour la somme de

A *le* 191 .

Vu : Le Procureur Général.

EXÉCUTOIRE

NOUS,

Vu le réquisitoire ci-dessus et les pièces jointes au présent mémoire,

Avons arrêté et rendu exécutoire ledit mémoire pour la somme de

montant de la taxe que nous en avons faite, et, attendu qu'il n'y a pas de partie civile en cause, ordonnons que cette somme sera payée à par le Receveur de l'Enregistrement au bureau d

A *le* 191 .

Vu sans oppposition, POUR ACQUIT,

Le Receveur, *A* *le* 191 .

Comme on le voit sur les formules reproduites ci-jointes, le *réquisitoire* indique la somme que le procureur de la République considère comme devant être allouée à l'expert.

La seconde formule est celle de l'ordonnance par laquelle le président arrête les sommes à payer par l'enregistrement et déclare cette taxe *exécutoire.*

Les formules visées et signées, les mémoires sont retournés à l'expert qui doit, dans les six mois de la date de cette taxe, les présenter acquittés au receveur de l'enregistrement près le Tribunal qui a ordonné l'expertise. Pour que le paiement soit effectué, il faut joindre aux mémoires : 1° un extrait de l'ordonnance ou du jugement qui a ordonné l'expertise et désigné l'expert; 2° un extrait de la taxe du président; 3° un extrait de la prestation de serment, lorsqu'elle a eu lieu. Toutes ces pièces seront transcrites sur papier libre.

Comme je l'ai dit au début de cet article, les greffiers se chargent de ces formalités moyennant une rétribution.

II. — *Prescription des honoraires d'expertise.*

« En vertu de l'article 5 de l'ordonnance du 28 novembre 1838, les mémoires d'honoraires doivent être remis au parquet moins d'un an après le dépôt du rapport au greffe. Sinon, il y a prescription.

Pour être relevé de la prescription, l'expert doit adresser une requête au ministre de la justice. Cette requête doit être rédigée sur une feuille timbrée à soixante centimes et transmise au garde des sceaux par la voie hiérarchique. Il faut donc l'adresser au parquet du tribunal qui a ordonné l'expertise.

On peut rédiger cette requête dans les termes suivants :

A Monsieur le Garde des Sceaux,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance d'être relevé de la déchéance que j'ai encourue, malgré moi, pour le paiement des mémoires ci-joints.

J'ai été chargé par ordonnance de M. le Président du Tribunal civil de X..., en date des 20 mai, 10 juin, 20 juin, 12 juillet 1910, de quatre expertises dans les affaires Durand contre X..., Dupont contre Y..., Martin contre Z..., Pierre contre A..., concernant toutes les quatre des accidents du travail.

J'ai déposé dans un délai inférieur à vingt jours mes rapports au pied desquels j'ai sollicité de M. le Président la taxe de mes vacations et des frais que j'ai déboursés pour trois examens radiographiques.

Depuis cette époque, j'ai à plusieurs reprises écrit à M. le Greffier du Tribunal de X... pour savoir à quelles somme mes honoraires avaient été taxés par M. le Président sur la minute de mes rapports, conformément à l'article 319 du Code de Procédure civile.

Je n'ai jamais reçu de réponse.

Il m'était, dans ces conditions, impossible de savoir quelle somme je devais porter sur les mémoires à présenter au Parquet (1). J'ai laissé ainsi passer le délai d'un an fixé par l'article 5 de l'Ordonnance du 28 novembre 1838 pour présenter mes mémoires au parquet.

Je me suis adressé à M. le Président du Tribunal de X... qui, dans la lettre ci-jointe, me répond qu'il ne peut taxer mes mémoires, tant que je ne serai pas relevé de la déchéance que j'ai encourue.

A défaut d'indications sur les sommes qui m'ont été allouées, j'ai porté sur les mémoires ci-joints le nombre des vacations que j'avais mentionnées à la fin de mes rapports. Cette évaluation demeure soumise au contrôle des magistrats du Parquet et de M. le Juge taxateur.

Mais, comme il n'a pas dépendu de moi que les mémoires ci-joints fussent présentés en temps utile, je demande à être relevé d'une déchéance involontairement encourue.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Garde des Sceaux, l'hommage de mon profond respect.

(Date et signature.)

Il faut joindre à cette requête : 1° la lettre du président du tribunal déclarant que les mémoires sont prescrits ; 2° les mémoires d'honoraires, en double exemplaire, formulés comme je l'ai dit précédemment ; 3° les reçus délivrés par le radiographe à qui l'expert a avancé les frais de radiogra-

(1) On remarquera que j'ai donné à la Chancellerie une excuse puérile. En réalité, je n'avais pas besoin de savoir à quelle somme le Président avait taxé mes rapports. Je n'avais qu'à présenter mes mémoires, ce que j'avais omis de faire par négligence.

phie (reçus établis en règle, avec un timbre de quittance, pour éviter des complications). On adresse toutes ces pièces au procureur de la République près le Tribunal qui a ordonné l'expertise, en le priant de vouloir bien transmettre la requête ci-dessus à la Chancellerie.

En général, la Chancellerie est très bienveillante et lève la prescription. Elle renvoie les pièces au procureur de la République qui soumet les mémoires au procureur général. Il est procédé ensuite comme dans les cas habituels, et l'expert peut toucher ses honoraires. C'est du moins en procédant de cette manière que j'ai obtenu le règlement de plusieurs expertises que j'avais laissé prescrire. »

(*In Paris médical.*)

CHAPITRE II

Entr'aide et protection du médecin.

C'est dans le cours du XIXe siècle que se sont créées toutes les œuvres qui y contribuent.

Les premières en date, telles que l'Association des médecins du département de la Seine, l'Association générale des médecins de France, ont été surtout des œuvres de bienfaisance destinées à secourir les confrères âgés ou infirmes tombés dans la misère.

Mais dans ces trente dernières années sont nées des œuvres professionnelles non moins prospères : les unes ont pour but, moyennant une cotisation annuelle plus ou moins élevée, d'assurer de droit au médecin une indemnité journalière en cas de maladie ou une retraite annuelle après un certain âge ; les autres ont plus directement en vue la défense des intérêts professionnels.

On peut donc diviser toutes ces œuvres en trois grandes catégories :

1° *Associations de bienfaisance ;*

2° *Associations de prévoyance ;*

3° *Associations de défense professionnelle.*

Cette classification, comme toute classification, est sujette à critique ; on peut lui objecter que les associations de la première catégorie sont, en réalité, des œuvres de prévoyance (c'est d'ailleurs le titre qu'a pris dès le début l'Association générale), puisque, moyennant une cotisation annuelle, elles permettent d'obtenir des secours à l'heure de la vieillesse ou en cas de malheurs répétés ayant entraîné le sociétaire dans la misère. Toutefois, le sociétaire n'a pas *droit* à tel ou tel secours ; il faut que sa situation soit reconnue suffisamment digne d'intérêt pour qu'un secours ou qu'une pension lui soit accordée. Il n'en est pas de même pour la seconde catégorie de sociétaires, ceux qui appartiennent aux véritables associations de *pré-*

voyance, qu'on pourrait appeler aussi des associations de *droit :* ici le sociétaire, par le versement des cotisations, s'est acquis le *droit* de toucher une indemnité en cas de maladie ou une retraite dans sa vieillesse. C'est là de la véritable *prévoyance* qui *assure* le médecin contre les éventualités fâcheuses de la maladie ou contre la gêne qui survient lorsque cesse l'exercice de la profession.

L'exposé sommaire des statuts de ces différentes associations permettra de comprendre facilement les différences qui existent entre elles.

§ I. — ASSOCIATIONS DE BIENFAISANCE

ASSOCIATION DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE

Fondée en 1833 par Orfila, c'est la plus ancienne des œuvres médicales, actuellement présidée par le Dr H. Barth.

Son but est de distribuer des secours aux sociétaires tombés dans le malheur par suite de maladies ou d'infirmités, à leurs veuves et à leurs enfants. Les secours distribués annuellement à tous ceux qui en ont réellement besoin peuvent s'élever, après cinq années de sociétariat, jusqu'à 1,200 francs pour les sociétaires, jusqu'à 800 francs pour leurs veuves et pour leurs familles. En dehors des subsides annuels qui sont renouvelables aussi longtemps que les besoins l'exigent, cette Société dispose de quelques pensions viagères réservées aux membres âgés ou infirmes qui comptent plus de quinze ans de sociétariat. Selon les volontés de certains donateurs, des secours moins importants sont accordés dans les cas de nécessité urgente à des médecins ne faisant pas partie de l'Association, à leurs veuves et à leurs enfants, mais ces allocations ne peuvent dépasser le sixième du fonds de secours.

Le droit d'admission est de 12 francs et la cotisation annuelle est de 20 francs. L'Association est administrée par un bureau et par une commission générale composée de 33 membres tirés au sort.

Lorsqu'une demande de secours est adressée au bureau, une enquête est faite aussi rapidement que possible par l'un des membres de la Commission générale ; celle-ci, après avoir pris connaissance du rapport fait par l'enquêteur, vote sur l'opportunité et sur la quotité du secours à accorder. Les secours distribués augmentent chaque année d'importance. Un tiers des personnes secourues, médecins, veuves ou enfants, n'appartient pas à l'Association.

N'y a-t-il pas là une sorte d'encouragement à l'imprévoyance du médecin qui se tient à l'écart des associations de prévoyance et qui compte néanmoins sur la solidarité professionnelle pour lui venir en aide dans le

malheur? Il y a là un certain danger; on ne peut guère critiquer cette manière de faire, puisqu'une certaine partie des rentes que l'Association possède lui a été donnée dans le but fort louable de venir en aide aux confrères qui, ne faisant pas partie de l'Association, sont tombés dans la misère. Il est permis cependant de regretter qu'à l'heure actuelle *tout médecin ne soit pas obligé de s'affilier à une Association de prévoyance.*

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

L'Association générale de prévoyance et de Secours mutuels des médecins de France a été fondée à l'instigation du Dr Jeannel, en 1845; ses premiers statuts ont été modifiés une première fois en 1872. A la suite de la loi du 1er avril 1898 sur les sociétés de secours mutuels, l'association a été obligée de reviser à nouveau ses statuts après de longues discussions.

Successivement présidée par Rayer, par Tardieu, puis par Henri Roger, Lannelongue, P. Brouardel, L. Lereboullet, Lande, Ern. Gaucher, elle l'est actuellement par le Dr Bellencontre.

D'après l'article 5 de ses statuts, le but de l'Association générale est :

De secourir : 1° les sociétaires que l'âge, les infirmités, la maladie mettent dans l'impossibilité d'exercer leur profession; 2° les veuves, enfants et ascendants laissés sans ressources par les sociétaires décédés.

De servir aux sociétaires, à leurs veuves et à leurs orphelins des pensions, allocations et indemnités dans les conditions prévues aux présents statuts.

De préparer et fonder toutes les institutions propres à compléter et perfectionner son œuvre de prévoyance.

De contribuer éventuellement à la création ou au développement de sociétés indépendantes de l'Association, mais exclusivement recrutées parmi ses membres et qui auraient pour objet une œuvre de prévoyance, telle que l'allocation d'indemnités en cas de maladie, le service de pensions de retraite garanties, etc.

De donner aide et protection aux membres des sociétés agrégées.

De maintenir, par son influence moralisatrice, l'exercice de l'art dans les voies utiles au bien public et conformes à la dignité de la profession.

Cette association constitue une union entre toutes les sociétés de prévoyance et de secours mutuels de médecins français qui adhèrent à ses statuts. C'est une sorte de fédération des *sociétés locales* qui existent dans chaque département et même qui sont quelquefois au nombre de deux par département, puisqu'on compte actuellement 91 sociétés unies ou sociétés locales. Il faut y ajouter une *Société Centrale*, qui comprend comme

membres : 1° les médecins du département de la Seine ; 2° les médecins qui, par la nature de leur service, n'ont pas de résidence fixe ou résident hors de France ; 3° les médecins disséminés dans les arrondissements et départements où il n'existe pas de sociétés agrégées à la Société générale, par exemple dans les départements d'Alger, des Basses-Alpes, des Hautes-Alpes, de l'Ariège, du Cantal, d'Indre-et-Loire, de la Lozère, du Rhône, etc.

L'Association générale n'étant autre chose que l'union des Sociétés locales, tous les fonds qu'elle administre appartiennent aux Sociétés locales. Celles-ci élisent un Conseil général dont le président est nommé pour cinq ans et qui dirige et administre l'Association dans son ensemble.

Les ressources de l'Association se composent : 1° du droit d'admission de 12 francs payé par tout sociétaire à son entrée dans une Société unie ; 2° des dons et legs qui lui sont faits et des subventions qui lui sont accordées ; 3° du montant des cotisations annuelles que lui versent les sociétés unies ; ces cotisations sont au moins *d'un dixième* des revenus annuels de ces sociétés.

Chaque société locale a son budget spécial à l'aide duquel elle distribue des secours à ses membres. Lorsque ses ressources sont insuffisantes, elle a recours à la caisse de l'Association générale, qui lui donne une subvention d'après un barème basé sur l'état financier de la société locale.

Ces charges contributives ne sont pas les seules qui incombent à l'Association générale ; elle doit, en outre, donner des subventions à des caisses spéciales, qui sont en quelque sorte ses filiales, et dont nous allons maintenant parler.

C'est ainsi qu'en 1862 fut créée une *Caisse de pensions viagères d'assistance* qui a commencé à fonctionner en 1878. Actuellement cette caisse porte le nom de *Caisse des pensions viagères et allocations mensuelles ;* dans les limites des ressources de cette caisse, on distribue chaque année :

1° Une pension viagère ou une allocation annuelle aux sociétaires âgés de plus de 50 ans, ayant acquitté la cotisation depuis seize ans au moins et se trouvant dans l'impossibilité d'exercer la profession médicale ;

2° Des indemnités journalières aux sociétaires atteints de maladies ou d'infirmités incurables qui les mettent dans l'impossibilité absolue et permanente de se livrer à l'exercice de la médecine. Tous ces secours ne sont que temporaires ; ils peuvent être renouvelés, mais sans cependant engager l'exercice suivant.

Une autre caisse annexe est celle des *veuves et orphelins.* Son avoir est constitué par des dons et legs divers et par une subvention annuelle de l'A. G.

Chacun sait que pendant la guerre une *Caisse d'assistance médicale de guerre* a été annexée à l'A. G. : alimentée par les dons de confrères fran-

çais et étrangers, de Sociétés, présidée par le Dr Bourgeois (de Reims), administrée par un Comité dont le Dr Bellencontre était secrétaire général, le Dr Bongrand trésorier, et dont les membres ont déployé une inlassable bonne volonté pour satisfaire le plus possible aux besoins si urgents des femmes, enfants et confrères des pays envahis. François Helme, avec sa généreuse ardeur pour le bien, son éloquence cordiale et spirituelle, a contribué, par une campagne incessante dans la *Presse medicale,* à stimuler les bonnes volontés et les générosités. Grâce au concours de tant de braves gens, la Caisse a reçu 1,384,640 francs et a pu distribuer à 675 personnes (médecins, veuves, orphelins et quelques étudiants) 1,078,740 francs (1).

On doit citer les noms de femmes généreuses comme Mme Brouardel, veuve de l'ancien Doyen, qui, peintre distingué, a vendu au profit de la Caisse 40,000 francs de ses œuvres; Mme Dieulafoy, veuve du professeur; Mlle Pomay, interne des hôpitaux, qui offrit une année de son travail; les confrères latins de l'Amérique du Sud (Uruguay, Argentine), de l'île Maurice, de Cuba; le professeur Pouen (de Montévidéo) qui a abandonné deux années de son traitement à la Faculté.

Le comité a tenu 90 séances, envoyé 110,000 lettres, distribué 8 à 10,000 francs de secours mensuels; il a fait face à 429 demandes de médecins, auxiliaires et étudiants. 58 seulement n'appartenaient pas aux régions envahies. Sur 15,000 mobilisés, dont des centaines, des milliers peut-être, ont été dans la gêne et peut-être dans le dénuement, 58 seulement se sont adressés à la caisse. « Aussi, disait M. Bellencontre dans le compte rendu de sa gestion, il y a là un trait admirable de dignité, de réserve, une entente tacite de ne point amoindrir la part de ceux dont la détresse défie la comparaison, veuves ou femmes de médecins dont les maris étaient restés dans les régions occupées, orphelins et enfants. » Le dévoué agent général de l'association, M. Maillard, a cité les cas de la veuve qui, voyant sa situation s'améliorer, demande aussitôt qu'on reporte sur d'autres plus malheureux l'indemnité qu'elle touchait; du médecin qui, aussitôt après une rentrée imprévue, restitue à la caisse les sommes reçues. Aussi Helme a-t-il bien raison de proclamer qu'il y a de hautes âmes parmi nous et d'ajouter des exemples comme ceux-ci : « Ne peut-on pas être fier d'une profession où l'on voit un homme, maire de sa commune et condamné par les Allemands à se séparer des siens, leur donner comme viatique pour regagner la France libre cette simple lettre : « Je confie ma femme et mes enfants aux médecins qu'ils rencontreront sur leur route! » et le confrère

(1) A la date du 23 octobre 1919. Le reliquat est réservé pour faire face aux demandes qui arrivent encore et pour continuer aussi longtemps qu'il y aura des fonds les mensualités servies à 45 veuves.

qui, contraint d'abandonner subitement au milieu de la nuit, avec sa nombreuse famille, sa petite ville envahie, n'emportait avec lui que le vieux Christ d'ivoire devant lequel avaient prié tous les siens, devant lequel il s'était agenouillé lui-même aux jours de prospérité ? »

§ 2. — ASSOCIATIONS DE PRÉVOYANCE

A côté de ces grandes associations de bienfaisance dans lesquelles le sociétaire n'a en réalité d'autres droits que ceux que lui confèrent la misère, les infirmités et la bienveillance de ses pairs, se sont fondées d'autres associations, au premier rang desquelles nous devons étudier les associations d'indemnité en cas de maladie.

ASSOCIATION MÉDICALE MUTUELLE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE

La première en date a été fondée en 1887 par un praticien parisien, le Dr Gallet-Lagoguey, décédé prématurément en 1893. Cette association a pour but d'allouer une indemnité pécuniaire de 10 francs par jour pour toute maladie dûment constatée excédant une durée de huit jours et entraînant l'incapacité absolue d'exercer la profession médicale, que cette incapacité soit temporaire ou permanente. Le médecin assuré paie un droit d'entrée d'un franc par année d'âge, au moment de l'admission, plus une cotisation mensuelle de 10 francs, soit 120 francs par an.

Cette association qui ne s'adresse qu'aux médecins âgés de moins de quarante ans, domiciliés et exerçant dans le département de la Seine, est très prospère.

Outre l'indemnité en cas de maladie, il est un autre avantage que procure cette association, c'est que la veuve ou à son défaut les enfants d'un associé qui décède après avoir versé dix années de cotisations peuvent avoir droit à une indemnité spéciale appelée *indemnité de décès*.

Elle a distribué pendant la guerre plus de 200,000 francs à ses blessés et malades.

ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS FRANÇAIS POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Elle a été fondée en 1894 sous les auspices du *Concours médical* qui n'en était pas à sa première création utile. Elle s'adresse à tous les médecins français ou naturalisés, diplômés dans une faculté française, elle s'adresse donc aux médecins de toute la France, tandis que ne peuvent faire partie de l'Association Gallet-Lagoguey que les médecins habitant le département de la Seine.

Cette Association, comme la précédente, a pour but d'allouer une indemnité pécuniaire à ses membres qui, par accident ou par maladie, sont dans l'impossibilité d'exercer leur profession d'une manière temporaire ou définitive.

Pour être admis dans la Société, tout candidat doit présenter un certificat médical délivré par un médecin que désigne le conseil d'administration ; il ne paie pas de droits d'entrée, mais chaque année une prime invariable qui est fixée d'après son âge au moment de l'admission et d'après la combinaison qu'il a choisie. Il existe en effet deux combinaisons :

1° La combinaison A dans laquelle à 65 ans le sociétaire cesse de payer sa cotisation, mais n'a plus droit à l'indemnité en cas de maladie ;

2° La combinaison B dans laquelle, avec une prime qui est plus élevée, le droit à l'indemnité dure pendant toute la vie du sociétaire.

L'indemnité quotidienne de maladie est de 10 francs par jour pendant 60 jours, à partir du cinquième jour de maladie, puis de 100 francs par mois pendant les mois qui suivent.

LA CAISSE INDEMNITÉ-MALADIE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DU RHONE

Chaque participant y fait un versement annuel en rapport avec son âge. On a donc intérêt à y entrer jeune. Comme pour la Société précédente un certificat médical est exigé à l'entrée.

La caisse verse à ses adhérents une indemnité de 10 francs par jour de maladie pendant deux mois et de 100 francs par mois ensuite suivant l'état de la caisse. Elle se charge en outre du placement dans les asiles et assure aussi contre l'accident. Elle peut être complétée par une assurance spéciale à *L'Ancre médicale*.

Cette caisse indemnité-maladie a déjà rendu des services inestimables. Certains médecins frappés brusquement de paralysie générale ont pu toucher jusqu'à 1,200 francs par an.

L'Association des médecins d'Indre-et-Loire et divers syndicats médicaux ont fondé des caisses indemnité-maladie dont le fonctionnement analogue est des plus satisfaisants.

L'ancienne *Association médicale des médecins français* sous le nom de *Mutualité familiale et professionnelle du corps médical français* assure contre la maladie et les accidents et accorde des retraites aux médecins et à leurs veuves.

Le médecin doit aussi penser aux jours de sa vieillesse et s'assurer une retraite lorsque l'âge ou les infirmités ne lui permettront plus d'exercer.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL

C'est pour répondre à ce besoin qu'en 1885 la Caisse de pensions de retraite a été fondée sur l'initiative du *Concours Médical* et d'après les statuts préparés par le Dr Lande (de Bordeaux). Non seulement les médecins peuvent participer à cette caisse, mais aussi les étudiants en médecine régulièrement inscrits dans une des Facultés de l'État et les femmes des médecins ayant adhéré à cette œuvre de prévoyance.

La retraite totale type est de 1,200 francs par an, les cotisations à verser varient suivant l'âge du participant à son entrée dans la Société. Différentes combinaisons sont adoptées :

a) le participant paie une prime annuelle variable suivant son âge d'entrée ;

b) ou bien il ne paie que 125 francs par an, mais verse une certaine somme à son entrée, somme qui varie avec l'âge ;

c) ou bien il ne paie que 125 francs par an, et n'a droit qu'à une retraite proportionnelle.

Pour arriver à la retraite il faut soixante ans d'âge et dix années au moins de participation effective, c'est-à-dire avec versement de la cotisation.

Les femmes des adhérents faisant elles-mêmes partie de l'Association peuvent, à la mort de leur mari, demander la liquidation immédiate de leur pension personnelle ; celle-ci est réglée proportionnellement au chiffre pour lequel elles ont souscrit, au pro rata du capital acquis par leurs versements effectués et d'après la table de mortalité de Deparcieux.

Une *Caisse spéciale* est annexée à la Caisse des pensions de retraite : elle est alimentée par une retenue de 1 p. 100 sur les recettes ordinaires de la caisse. Elle a pour but de venir en aide aux veuves et aux orphelins des participants et de servir des pensions annuelles aux adhérents, qui, après trois ans au moins de participation, tomberont dans l'incapacité absolue et permanente de continuer l'exercice de leur profession.

Le mouvement mutualiste qui s'est accentué au cours de ces dernières années et qui a mis l'Association générale en mesure de donner des retraites non de faveur, mais de droit, a amené la scission de deux sociétés locales, celle du Rhône et celle d'Indre-et-Loire. Ces sociétés se sont crues assez riches et assez fortes pour proclamer leur autonomie, et ont donné du reste dans leur fonctionnement de très heureux résultats.

Le Dr Bosc a exposé, dans le numéro de juin 1912 de la *Médecine pratique* l'organisation de l'Association des médecins d'Indre-et-Loire, fondée en 1859.

L'ASSOCIATION DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS DES MÉDECINS DU RHONE

Fondée le 30 décembre 1851 et approuvée le 15 juillet 1852, elle a son siège à Lyon, sa durée est illimitée ; elle a pour but :

1° De venir en aide aux sociétaires que l'âge, les infirmités, la maladie ou les malheurs immérités réduisent à l'état de détresse ;

2° De leur constituer des pensions de retraite ;

3° De secourir les veuves, les enfants, les ascendants laissés sans ressources par des sociétaires décédés ;

4° De donner aide et protection à ses membres ;

5° De maintenir par son influence moralisatrice l'exercice de l'art dans les voies utiles au bien public et conformes à la dignité professionnelle.

Elle se compose de docteurs en médecine français établis dans le département ou les départements limitrophes. Les membres qui ont appartenu à la société peuvent continuer à en faire partie, quel que soit le lieu de leur résidence, pourvu qu'ils continuent à remplir les conditions prescrites par les statuts.

Chaque sociétaire est tenu de payer un droit d'admission de 6 francs et une cotisation annuelle de 12 francs au moins.

La société vient en aide au médecin par des secours et par des pensions viagères de retraites. Les secours ne sont que temporaires et le sociétaire n'y a droit, pour lui et pour les siens, qu'après avoir fait partie de l'Association pendant cinq ans. La pension viagère ne peut être inférieure à 30 francs, ni excéder le décuple de la cotisation annuelle. Pour être présenté à l'assemblée générale comme candidat à la pension, le membre doit être âgé de plus de 50 ans et avoir payé la cotisation sociale pendant quinze ans au moins.

A l'Association des médecins du Rhône a été annexée une Caisse indemnité-maladie à laquelle peuvent se faire inscrire les membres de l'Association. L'indemnité accordée à la caisse indemnité-maladie par l'Association pour toute maladie de plus de cinq jours et entraînant l'impossibilité de sortir pour faire des visites est de 2 francs par jour pendant soixante jours, et ensuite de 20 francs par mois, quelle que soit la durée de l'affection.

Dans le même esprit de solidarité sociale a été fondée en 1908 l'Association dite la *Maison du médecin,* due à l'initiative du Dr Triboulet.

Son but est d'administrer une ou plusieurs maisons de retraite, de repos ou de santé, pour les médecins français, âgés, malades ou infirmes et dépourvus de ressources. Sa durée est illimitée. L'Association ne devant faire aucun bénéfice, l'excédent de recettes annuelles sera employé soit à

réduire l'indemnité de séjour des personnes admises, soit à développer l'œuvre, soit à créer un fonds de réserve pour parer au déficit annuel, lequel, en aucun cas, ne pourra être supporté par les pensionnaires de l'œuvre.

Toute personne, sans distinction de profession ou de nationalité, peut être membre de l'Association, si elle est présentée par deux membres de l'Association, agréée par le Conseil d'administration, et si elle s'engage à verser une cotisation annuelle minimum de 12 francs pour les membres titulaires — de 12 francs par an, plus 100 francs une fois donnés, pour les membres donateurs.

Le moyen d'action de l'Association est la fondation de maisons de secours. Un *Bulletin de la Maison du médecin* est publié périodiquement, par les soins du Conseil d'administration, pour servir d'organe officiel à l'Association.

La *Maison du médecin* se trouve à Brezolles, dans une fertile vallée de l'Eure-et-Loir, entourée d'un joli parc.

Il existe également les *œuvres de secours immédiats* et d'assistance médicale telles que celle de Paris que présida le regretté Dr Lucas-Championnière et celle de Lille.

ASSURANCES SUR LA VIE

Le *Concours médical* a encore réussi à grouper les médecins désireux de s'assurer sur la vie et a obtenu d'une Compagnie d'assurances un léger rabais sur le tarif ordinaire pour les confrères présentés par son intermédiaire.

Toutefois, les médecins qui préféreraient s'adresser à une Compagnie d'assurances indépendante de toute association médicale pourraient le faire et auraient dès lors à choisir entre les diverses combinaisons qu'offrent ces Compagnies, pour arriver à grouper le risque mort et le risque sénilité.

Parmi les combinaisons possibles, les trois plus courantes sont :

1° *Assurance pour la vie entière à prime viagère ;*

2° *Assurance pour la vie entière à prime temporaire.* La prime est limitée au nombre de payements effectués.

Si l'on cesse de payer pour cause d'infirmité, on a un capital réduit proportionnel aux versements effectués.

3° *Assurance mixte.* Soit une assurance pour 10,000 francs à 30 ans, la prime étant de 504 fr. 30. Au bout de vingt ans, on touche les 10,000 francs et on a été remboursé, pendant le cours du contrat, de 1,500 francs de bénéfice.

Si on les transforme en rente viagère, on a 657 francs de rente.

De toutes ces combinaisons, l'assurance sur la vie entière à prime viagère semble la plus avantageuse en assurant, pour le cas de décès, la somme la plus grande possible et en payant la prime la plus réduite.

On peut ainsi arriver à assurer à sa famille une somme considérable ou se créer une rente viagère très importante qui constitue une retraite.

Plusieurs sociétés de secours, en cas de décès, se sont fondées, qui ont une organisation purement médicale. Ce sont :

L'*Association confraternelle des médecins français*, dont le siège est à Paris, déclarée le 15 octobre 1908;

Le *Devoir médical de Bordeaux;*

La *Solidarité médicale,* qui a son siège à Paris.

Ces trois sociétés sont ouvertes à tout médecin français âgé de moins de 60 ans, après examen médical. Les femmes des médecins sont admises aux mêmes conditions.

Ces différentes sociétés ont sensiblement le même tarif, qui est de 10 francs pour chaque décès, soit en moyenne de 100 francs par an pour un sociétaire. Elles versent un capital de 10,000 francs au décès du sociétaire à sa veuve, aux enfants ou aux ascendants.

La *Mutuelle assurance-vie des médecins de France* est une société analogue aux précédentes, mais fonctionnant d'après un principe différent : elle utilise le droit, conféré aux sociétés de secours mutuels approuvées, de contracter des assurances collectives annuelles à l'assurance-vie créée par l'État comme complément de la Caisse des retraites.

Pour être membre de la société, il faut avoir moins de 50 ans révolus, verser un droit d'entrée de 5 francs, plus un droit proportionnel de 1 franc par année révolue au-dessus de 30 ans. La cotisation annuelle est de 30 francs. Avec ces versements, la Société contracte une assurance collective de tous ses membres à la Caisse des dépôts et consignations de l'État. Au décès du sociétaire, il est versé 1,000 francs à ses héritiers.

Enfin, la *Caisse confraternelle du Journal des Praticiens* alloue des secours et des pensions en cas de décès.

La *Mutuelle médicale de Saumur,* moyennant une prime annuelle de 60 francs, fournit à ses membres une retraite de 1,500 francs au maximum, après vingt ans de participation et à 50 ans d'âge, à condition de ne plus exercer la médecine; on sert une retraite proportionnelle avant 50 ans.

La *Mutualité familiale et professionnelle du corps médical français*, dont nous avons parlé, a organisé aussi une caisse des pensions de retraite, qui sert une retraite de 1,200 francs à 60 ans, moyennant une prime annuelle de 205 francs pour un sociétaire entrant dans l'œuvre à 30 ans.

ASSURANCES CONTRE LES ACCIDENTS

Le médecin qui désire s'assurer contre les accidents peut s'adresser à une des nombreuses Compagnies d'assurances privées. Mais il existe une société fondée purement par des médecins, c'est *L'Ancre médicale*, une association de mutuelles médicales françaises, fondées, administrées et dirigées par des médecins. Siège social : Lyon, 1, quai de la Pêcherie.

Elle comprend quatre branches distinctes : locomotion, accidents-maladies, responsabilité professionnelle et incendie.

1° *L'Ancre médicale locomotion*, fondée en 1906, assure ses adhérents contre toutes les conséquences des accidents causés aux tiers par leurs véhicules (chevaux, voitures, cycles, automobiles) et contre celles des accidents pouvant atteindre leurs propres véhicules.

2° *L'Ancre médicale responsabilité professionnelle*, fondée en 1909, garantit ses membres contre les actions en responsabilité qui pourraient leur être intentées pour leurs actes médicaux, ainsi que leurs remplaçants et leurs aides-médecins, internes ou infirmiers. Elle accepte des assurances complémentaires, lorsque le sociétaire est déjà membre d'une caisse de défense professionnelle.

Elle admet que le sociétaire *prenne part à la direction de son procès* et *n'accepte une transaction qu'avec l'assentiment du sociétaire en cause.*

3° *L'Ancre médicale accidents-maladies,* fondée en 1910, garantit ses adhérents contre les conséquences de toutes les maladies et de tous les accidents, professionnels ou autres. Elle leur assure un capital en cas de mort ou d'infirmité par accident, — une indemnité quotidienne en cas d'incapacité temporaire par maladie ou par accident. Elle assure réellement la *capacité professionnelle* en cas d'infirmité résultant d'accident, et l'indemnité qu'elle verse est exactement *proportionnelle à la diminution de cette capacité.*

L'indemnité quotidienne peut être *originaire* et s'étendre du 2e au 90e ou au 180e jour, ou *complémentaire* (pour les médecins déjà membres d'une Caisse professionnelle) et s'étendre du 61e au 90e ou au 180e jour.

4° *L'Ancre médicale-incendie,* fondée en 1910, garantit chacun de ses membres contre tous les risques d'incendie concernant les immeubles, meubles, automobiles, lui appartenant en propre, ou appartenant à sa femme ou à ses enfants (1).

(1) J'ai emprunté ces renseignements à l'excellent *Précis de déontologie et de médecine professionnelle,* par Etienne Martin, professeur de médecine légale à l'Université de Lyon. Paris. Masson et Cie, 1914.

Il importe que de plus en plus ces idées de prévoyance pénètrent dans le corps médical : les résultats donnés par les différentes associations existantes ou à créer seront d'autant plus importants que le nombre des adhérents sera plus grand. Il faut bien reconnaître que, jusqu'à présent, le corps médical est en retard, au point de vue de la prospérité de ces associations, sur d'autres milieux sociaux où l'on a vite compris l'importance vitale de ces diverses œuvres d'assurance mutuelle. Lande trouvait deux motifs « à cet état d'infériorité du corps médical. Le premier, c'est l'esprit d'indépendance du médecin, se pliant difficilement à une discipline dont il ne voit pas les bénéfices immédiats, indépendance favorisée par une ignorance à peu près absolue des conditions mathématiques des œuvres de prévoyance. Le second motif réside, à mon sens, dans la grandiose générosité qui anime la plupart des membres de la profession médicale. Il n'est personne qui fasse la charité d'une façon aussi continue, aussi large et aussi désintéressée que les médecins. Combien de praticiens, arrêtés par l'infirmité, la vieillesse et la mort, auraient une existence aisée ou laisseraient après eux une véritable fortune si, au moment où ils sont frappés par la maladie ou par la mort, se reconstituait pour eux ou pour leur famille la valeur matérielle représentative de tous les soins gratuits qu'ils ont prodigués pendant leur existence ! »

§ 3. — ŒUVRES DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

Les associations qui se sont particulièrement occupées de l'étude et de la défense des intérêts professionnels sont essentiellement l'œuvre du *Concours médical*.

J'ai dit que le Dr A. Cézilly, en fondant son journal, en 1879, visait parmi différents moyens d'améliorer la situation professionnelle la création d'une résistance aux collectivités qui abusaient de la complaisance des médecins et une stimulation à la prévoyance professionnelle.

Son journal et la Société qu'il représente ont réussi à mettre sur pied en une vingtaine d'années une série d'œuvres de défense et de prévoyance qui font, pour la plupart, le plus grand honneur aux fondateurs :

En 1881, une *Caisse de prévoyance pour les assurés sur la vie*.

En 1885, la *Caisse des pensions de retraite du Corps médical français*.

En 1886, la *Caisse des Victimes du Devoir médical*.

En 1893, l'*Association amicale des médecins français pour l'indemnité de maladie*.

En 1897, le *Sou médical*, œuvre à la fois de défense et de prévoyance.

Il a tenté d'organiser, en 1894, une Caisse des veuves et des orphelins,

qu'il fallut ajourner à cause de la difficulté de réunir au début un assez grand nombre d'adhérents, mais qui s'est trouvée remplacée par des combinaisons nouvelles de la Caisse des pensions.

Ce sont là des œuvres d'une incontestable utilité, auxquelles je ne vois que des avantages ; plus tard fut créé le « Patronage médical, » dont les avantages m'ont paru ne pas égaler les inconvénients et à partir duquel Lepage et moi avons cru devoir nous éloigner du Journal et de la Société.

Quelle que soit l'importance de toutes les créations dont je viens de parler, les deux œuvres capitales auxquelles a pris part le *Concours médical,* et qui doivent être considérées comme des événements considérables dans l'histoire de notre profession au XIXe siècle, ont été : la *Revision de la loi sur l'Exercice de la médecine*, à laquelle est attaché à juste titre le nom du Dr Chevandier, qui la déposa sur la tribune législative et sut par sa persévérance la faire aboutir, mais qui fut provoquée et soutenue par le *Concours* avec une ardeur et une énergie inlassables — et la *fondation des Syndicats* dont il fut le pivot.

DES SYNDICATS MÉDICAUX

C'est une histoire qui mérite d'être suivie presque pas à pas, celle de la naissance des Syndicats. En voici les étapes successives avec les noms des médecins qui y prirent la part principale.

En première ligne citons le Dr Margueritte (du Havre), belle et grave figure de praticien, qui, à la fin d'une vie professionnelle bien remplie, consacra ses dernières années à convaincre par la parole ses confrères les plus proches d'abord, puis par la plume, lorsque Cézilly lui eut fourni une tribune, le public médical. Le 24 octobre 1879, il écrivait au *Concours* : « Tous les médecins d'une même ville, tous les médecins d'un même canton, devraient constituer par voie d'élection une chambre syndicale chargée de veiller aux intérêts de la profession. »

Le Dr Béraud, de Charlieu, le 20 mars 1880, exhortait ses confrères à répondre à l'enquête ouverte par le *Concours*. Les documents recueillis permettraient de composer « un Code professionnel sérieux qui servira de règle aux jeunes confrères... Alors on pourra établir dans chaque arrondissement, et même dans chaque canton, des Syndicats chargés de veiller à l'exécution des règlements ou statuts et de défendre les intérêts de la profession. » Il prévoyait des assemblées départementales ou régionales, rapprochant les syndicats locaux, et une assemblée générale recueillant les désirs de tout le corps médical pour obtenir du Gouvernement les réformes indispensables.

Le Dr Cauchy, de Bapaume, le 8 mai 1880, proposait que tout médecin, dès l'enregistrement de son diplôme, contribuât à l'élection des Syndics, qui, après avoir étudié les questions professionnelles, serviraient d'intermédiaires entre les médecins du Syndicat et les administrations publiques et privées, etc.

C'est en combinant les idées émises par ces trois confrères, Margueritte, Béraud et Cauchy, que la Direction du *Concours* publiait, le 20 février 1881, un plan d'ensemble pour l'organisation des syndicats.

Le premier syndicat fut *créé* le 6 mai 1881 par la Dr Mignen avec ses confrères de Montaigu (Vendée), et bientôt d'autres suivirent.

Une commission générale des Syndicats, ayant pour secrétaire le Dr Barat-Dulaurier (de Saint-Antoine-sur-l'Isle, Gironde), créait un *Bulletin des Syndicats*, dont le *Concours médical* faisait les frais.

En 1884, quand fut promulguée la loi sur les Syndicats professionnels, plus de 150 associations syndicales de médecins existaient. Une fédération se constituait (l'*Union des Syndicats médicaux de France* en juillet 1884) sous la présidence du Dr Gibert (du Havre) et plus de la moitié des Syndicats existants y adhérait.

Le mouvement syndical avait rencontré une opposition sourde ou déclarée de la part des principaux dirigeants de l'Association générale qui à cette époque ne voulaient pas admettre chez des médecins d'autres visées que le secours mutuel. Néanmoins le mouvement s'étendait (3,500 médecins étaient syndiqués), quand une circonstance surgit qui faillit l'entraver.

Voulant avec raison montrer que les revendications des médecins syndiqués pouvaient avoir plus d'autorité que les efforts individuels, vains jusqu'alors, pour combattre l'exercice illégal, le Syndicat de Domfront se porta partie civile dans une poursuite contre un rebouteur de la région et réclama des dommages-intérêts. A la stupéfaction générale il fut débouté de sa demande, les juges estimant que la loi du 11 mars 1884 n'était pas applicable aux professions libérales. Appel est interjeté devant la Cour de Caen, qui confirme le jugement. Pourvoi devant la Cour de Cassation, qui le rejette : les syndicats médicaux sont déclarés illégaux.

Mais pas un seul syndicat ne prononça sa dissolution ; les syndicats continuèrent à vivre, d'une vie pour ainsi dire latente, entretenant encore quelques relations avec certains préfets, déclarés par le tribunal du Havre « qualifiés pour ester en justice alors qu'aucune des parties en cause ne s'y est opposée », et recevant même du Ministère du Commerce et de l'Industrie un questionnaire en vue de figurer dans l'Annuaire des Syndicats.

Pendant ce temps, des efforts énergiques en vue de la reconnaissance légale par le Parlement aboutissaient à l'incorporation à la loi Chevandier, sur l'exercice de la médecine, d'un article 13 qui reconnaissait aux méde-

cins le droit de se syndiquer, et qui fut voté par la Chambre des députés les 19 et 21 mars 1891. Cet article rencontra d'abord une opposition vive au Sénat : grâce à la rédaction proposée par le professeur Cornil, rapporteur, accordant aux médecins le droit de se syndiquer pour la défense de leurs intérêts professionnels à l'égard de toutes personnes autres que l'État, les départements et les communes, il fut adopté en seconde lecture après que M. Loubet, alors président du Conseil, eut déclaré que « les syndicats médicaux empêcheraient l'exploitation de la crédulité publique, de la bourse de chacun et de la santé de tous ».

Les statuts de l'Union furent révisés par les soins du docteur Gassot, de Chevilly, et, en novembre 1893, présidée par Porson (de Nantes), elle se sépara du *Concours* et eut son bulletin spécial, sa rédaction propre, son local particulier.

Une propagande continua, non sans discussions entre les syndiqués et non-syndiqués, entre les co-syndiqués et entre les syndicats.

Parmi les médecins qui adhéraient aux syndicats, certains ne se rendaient pas un compte exact de l'étendue de leurs obligations. La plus importante est sans doute de suivre assidument les séances, d'y combattre les opinions qu'on ne partage pas et, si on ne trouve pas justes celles qui triomphent, il faut se retirer de l'association syndicale; sinon, on est censé en accepter l'obligation et on n'est pas fondé à refuser ultérieurement de s'y soumettre : la défection d'un médecin syndiqué dans une lutte contre une compagnie d'assurances-accidents fut suivie d'un procès intenté au défaillant par ses cosyndiqués et montra que les sanctions du Code civil pouvaient être invoquées dans certains cas, mais que les statuts devaient être très étudiés et assez sévères pour assurer la cohésion de leurs membres. Ceux du Syndicat de l'arrondissement de Versailles ont servi de modèles depuis 1901.

Pendant la période qui suit, on doit citer parmi les médecins les plus actifs dans le mouvement syndical le regretté Jeanne (de Meulan), qui reprit la direction du *Concours médical* à la mort de A. Cézilly, Gassot, Maurat, Lande, de Grissac, Bellencontre, Dubuisson, Salomon, Le Baron, Lasalle, Gourichon, etc.

Un rapprochement se fit avec l'Association générale, quand la mort d'Henri Roger amena à la présidence Brouardel, tandis que l'Union était présidée par Lande, membre du Conseil de l'Association; plus tard, Lereboullet étant président de l'Association et Gairal président de l'Union, l'entente se fit encore plus complète. Mais, à vrai dire, le rôle des deux associations est distinct de par leurs principes, puisque l'A. G. est essentiellement une mutualité, tandis que les syndicats sont fondamentalement des institutions de défense professionnelle.

ESPRIT D'ASSOCIATION ET SYNDICALISME

La création des syndicats médicaux a été le symptôme le plus saisissant de la réaction du corps médical contre l'individualisme excessif auquel ses membres avaient été jusqu'alors attachés presque farouchement. Que ce soit sous la forme syndicale ou sous celle d'autres groupements antérieurement existants ou à naître, la tendance nouvelle est l' « associationisme », pour prendre le néologisme créé par le docteur P. Boudin. Mais jusqu'aux syndicats, les associations, nous l'avons dit, ne pouvaient légalement se proposer qu'une activité de bienfaisance ou de secours mutuels ; la forme syndicale a permis aux médecins de défendre leurs intérêts pécuniaires par un relèvement légtime des honoraires, en luttant collectivement contre les particuliers et contre les collectivités : elle a permis de lutter efficacement contre l'exercice illégal, et cette lutte n'est pas seulement utile à nos intérêts corporatifs, elle est tutélaire de la santé publique, puisque le malade est souvent incapable de distinguer de la science le charlatanisme qui tend de plus en plus à se « camoufler » sous un vernis scientifique.

Les avantages de l'associationisme sont manifestes pour les *médecins pris individuellement ;* le praticien isolé est souvent trop surmené pour poursuivre les clients débiteurs, redoute le bruit fait autour de son nom ; ignorant la loi et la jurisprudence, il est désarmé contre les collectivités, compagnies d'assurances contre les accidents, qui « fortes » d'un service de contentieux parfaitement organisé, prenant dans la jurisprudence les jugements favorables à leur thèse, se servent de tous les arguments pour imposer un rabais au médecin qui se laisse faire. S'il est adhérent à une société de défense professionnelle, comme le *Sou médical,* ce seul titre peut faire capituler ses adversaires, qui le savent alors défendu par les consultations et avis d'un conseil juridique.

L'*intérêt professionnel, collectif* trouve aussi dans l'association les moyens d'obtenir devant les tribunaux, en épuisant tous les degrés de juridiction, des jugements sur des questions de principe à l'occasion de cas particuliers :

de faire traiter devant les administrations ou assemblées des questions professionnelles d'ordre communal, départemental ou national (assistance, hygiène, réforme des études médicales, etc.) ;

de relever le niveau moral et la considération du corps médical par la discipline, volontairement acceptée de tous les médecins affiliés au même groupe, et par l'action des conseils de famille ;

de faire vivre en meilleure intelligence les médecins d'une même localité « par les réunions fréquentes qui font tomber bien des préventions,

arrivent à rapprocher, puis à réconcilier les adversaires, les concurrents de la veille » ;

de procurer des avantages à chacun des membres de l'Association par la mise en commun d'instruments, de livres ou autres moyens d'instruction, la création de permanences de dimanche ou de nuit pour que les malades puissent trouver un médecin de garde en cas d'urgence, l'organisation d'un office de recouvrement d'honoraires ;

la discussion et la fixation de tarif minimum d'honoraires ;

la désignation de commissions d'arbitrage capables de résoudre les litiges avec les sociétés de secours mutuels ou d'assurances-accidents, avec les administrations publiques (assistance médicale gratuite) ;

l'organisation de services de remplacements pour les docteurs par des étudiants ou des confrères disponibles ;

de publicité relative aux postes médicaux vacants, offres de successions avec contrôle efficace des renseignements sur la valeur de ces postes.

C'est aussi une garantie pour les malades de savoir qu'en s'adressant à un médecin qui fait partie d'une association professionnelle ils ont la certitude de trouver en lui un praticien d'une honorabilité avérée, « surtout lorsque le groupe impose à ses membres des règles déontologiques, une discipline et même une juridiction médicale ».

Aux collectivités qui ont affaire aux médecins, nos associations professionnelles offrent la facilité de pouvoir conclure des contrats collectifs avec garantie du respect des engagements des commissions d'arbitrage et l'établissement des services de contrôle sur le bon fonctionnement des services médicaux.

A l'État, la collaboration du corps médical entier est indispensable pour résoudre et appliquer les problèmes sociaux d'hygiène, d'assistance et d'assurance ; tous les hommes publics et les administrateurs en conviennent théoriquement, mais dans la pratique ils se laissent souvent conseiller par les seuls médecins membres du Parlement ou disposés à ne pas heurter leurs opinions préconçues. Les associations médicales, et plus particulièrement les syndicats, peuvent offrir aux hommes publics et aux dirigeants des renseignements désintéressés, à la condition que la totalité ou au moins l'immense majorité des médecins français en fassent partie et que dans chaque syndicat ne se constitue pas un noyau intransigeant et tyrannique.

M. P. Boudin, à l'excellente monographie duquel j'emprunte la plus grande partie de ces développements, estime que les éléments actuels de l'associationisme médical sont trop faibles pour obtenir ni une influence interne (sur les médecins) suffisante, ni une influence externe (sur les pouvoirs publics et les collectivités privées) : 1° parce que nos asso-

ciations sont trop diverses, (syndicats, sociétés de secours mutuels, Association générale, Congrès des pratiticiens, sociétés scientifiques, Société d'études du *Concours médical*), qu'il n'y a pas assez de cohésion et d'entente entre elles, que les unes manquent de sanctions et de conseil de famille, ou que celles qui en ont ne sont pas obligatoires, enfin qu'il n'y a pas de vues d'ensemble sur la défense professionnelle, que des animosités sont entretenues par le contraste entre des situations, dites acquises, véritables monoples détenus par quelques médecins qui ne les doivent qu'à la faveur, et celles de confrères en butte aux difficultés de l'existence par l'encombrement et l'augmentation du coût de la vie.

Il voit comme remède à cette situation l'uniformisation du statut des associations qui veulent contribuer à la défense professionnelle.

Quel est le régime légal qui puisse permettre à des groupes professionnels médicaux de se constituer en vue d'un rôle de protection, de moralisation et de juridiction corporative ? Entre la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels, rendue applicable aux médecins par l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892, et celle du 1er juillet 1901 sur les associations, comparant leurs avantages et leurs inconvénients au point de vue de la liberté de groupement, des formalités de déclaration, de la capacité civile et de la capacité professionnelle, M. Boudin conclut que c'est sous l'empire de la première qu'ont intérêt à se former les groupes professionnels médicaux, qui pourront se dénommer, selon les susceptibilités de leurs membres, syndicats, chambres syndicales, associations professionnelles, ou autrement, ayant ainsi le droit de fédération, d'union avec les autres syndicats ou associations ayant même statut légal.

Mais, ajouterai-je, les syndicats ne peuvent prétendre à régenter la conscience de leurs adhérents sur *toutes* les questions professionnelles; s'il arrivait qu'un syndicat formulât, à la majorité de ses membres, la légitimité de certaines pratiques comme la dichotomie ou la participation à des bénéfices jusqu'ici réputés illicites par les praticiens soucieux de leur dignité, on ne peut admettre que les adhérents de la minorité soient tenus à accepter cette décision comme règle de conduite ultérieure.

CAISSE DES VICTIMES DU DEVOIR MÉDICAL

Fondée en 1888, sur l'initiative du Dr Cézilly, l'Œuvre de la Protection desvictimes du devoir médical devait primitivement, dans l'esprit du fondateur, être surtout une œuvre de secours moral, devait s'employer, par exemple, à procurer un emploi, un bureau de tabac à une veuve, à obtenir le placement d'orphelins, à assurer leur instruction, etc. Aussi, dès le

début fut-il fait appel au patronage de personnalités influentes de la politique, des sciences, etc. Théophile Roussel, Franck-Chauveau, Monod, Léon Colin, Nocard, etc., donnèrent leur appui ; en outre, un certain nombre de souscripteurs répondirent généreusement à l'appel qui fut fait et constituèrent, par leurs dons, un petit capital qui devint le noyau de la caisse actuelle. Les fonds recueillis devinrent le capital d'une caisse annexe du *Concours médical*.

LE SOU MÉDICAL

Cette ligue de protection et de défense professionnelles est une des dernières créations du *Concours médical;* c'est une société *de secours, d'aide, de défense et de prévoyance.* Elle a pour but de fournir un appui à ceux de ses membres dont les droits ou les intérêts se trouveraient lésés ou menacés dans l'exercice de leur profession, et de les aider dans diverses circonstances où leur isolement risquerait de les laisser succomber ; — de poursuivre l'exercice illégal de la médecine, — de donner des avis aux médecins qui les demandent à propos des difficultés que soulèvent les questions d'honoraires. Ainsi le principal but du Sou est de constituer un trésor de guerre pour lutter contre les collectivités qui veulent exploiter le médecin et pour améliorer la jurisprudence médicale. Tout médecin — membre du Sou médical -- qui se trouve mêlé à un procès intéressant d'une manière générale la profession médicale, reçoit une indemnité en rapport avec l'importance du litige et les ressources de la caisse.

La cotisation annuelle est de 18 francs, calculée sur la contribution journalière de cinq centimes (1). La ligue ne capitalise pas : elle dépense ses ressources au fur et à mesure des besoins de ses membres.

Le Sou médical rend chaque jour des services considérables. Son conseil judiciaire est Me Gatineau, qui connaît maintenant à fond toute la jurisprudence concernant la profession médicale. Les conditions mêmes de la société moderne font que chaque jour deviennent plus nombreuses les circonstances dans lesquelles le médecin a à se défendre contre les collectivités, les mutualités, contre les clients de mauvaise foi qui n'hésitent pas, mal conseillés, à lui réclamer des dommages-intérêts, etc. Dans toutes ces circonstances, le membre adhérent peut compter sur l'appui moral et *pécuniaire* du *Sou,* qui consacre en même temps une partie de ses recettes à l'étude et à la défense des intérêts généraux de la profession.

(1) C'est du taux de la cotisation d'*un sou* par jour que vient l'appellation du *Sou médical*.

SOCIÉTÉS MÉDICALES D'ARRONDISSEMENT

A Paris, il existe presque dans chaque arrondissement une *Société médicale*. Ce sont des groupements très utiles ; les médecins de chaque quartier ont, en effet, un certain nombre d'intérêts communs ; de plus ces réunions mensuelles sont une excellente occasion pour les confrères de se voir, de se connaître et de causer des questions qui peuvent les intéresser. Ces sociétés sont très prospères ; j'ai eu l'honneur de présider celle du IXe arrondissement qui comptait 350 membres.

Ces sociétés ont été unies grâce aux efforts persévérants de mon ami le Dr Cayla par un *Conseil général des sociétés d'arrondissement*. Ce Conseil général intervient d'une façon extrêmement active et utile dans les questions d'intérêt général. C'est qu'il a élaboré un code de déontologie médicale qui a le grand mérite d'être court et de bien résumer les principales règles qui doivent guider le médecin dans ses rapports avec ses confrères. De plus, il a créé un Bulletin des sociétés médicales d'arrondissement et du Conseil général des sociétés médicales du département de la Seine.

Il existe d'autres associations qui ne s'adressent qu'à certains groupes de médecins, telles que l'*Association des anciens internes des hôpitaux de Paris*, etc., etc.

CONGRÈS DE DÉONTOLOGIE

D'une extrême importance a été, en 1900, le *Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie*, présidé par L. Lereboullet, qui créa un Comité permanent dans lequel on a fait entrer tous les médecins présidents des œuvres professionnelles et tous ceux qui se sont occupés depuis vingt ans des intérêts de la profession.

Parmi les moyens de *défense professionnelle* nous devons signaler l'action très importante de la *presse médicale :* il n'est guère à l'heure actuelle de journal médical qui ne consacre quelques colonnes à l'étude des questions qui intéressent la profession médicale.

ORDRE DES MÉDECINS. — CHAMBRES DE DISCIPLINE. — CONSEILS DE FAMILLE.

A diverses reprises au cours du siècle dernier on a proposé de créer une juridiction spéciale permettant de sauvegarder la dignité de la profession.

En 1845, le Congrès médical avait demandé un conseil de l'Ordre des Médecins qui, d'après la rédaction du Dr Cerise, figurait dans le projet de loi déposé par le ministre de Salvandy sur la réorganisation de l'Exercice de la Médecine, voté par la Chambre des pairs, mais que la Révolution de 1848 fit oublier. L'idée fut reprise en 1884 par Surmay, puis Mougeot, en 1892 par Dignat, en 1897 par l'Union des Syndicats, en 1898 par Lassalle, en 1912 par le Dr Giraud.

Je reproduis plus loin le tableau comparatif des dispositions de ces différents projets tel que le donne P. Boudin.

Le Congrès de déontologie de 1900 avait voté le vœu de Dignat en faveur de « l'institution de Chambres médicales qui auront pour but de veiller à la dignité et à la moralité professionnelles ». Mais le projet de code, que rédigea la Commission dont nous faisions partie, Dignat et moi avec Lepage, Glover et dont Lereboullet fut le rapporteur, ne proposait pas de créer un organisme spécial pour les sanctions contre les médecins indignes ; nous pensions que les Conseils de famille de l'Association générale et ceux des Syndicats pourraient suffire, et nous nous rendions compte des difficultés que soulève la création d'un instrument spécial de discipline, indépendant des Associations et Syndicats, et qui ne pourrait être efficace que s'il avait *force de loi*. Or on sait combien il est difficile d'obtenir de nos Assemblées parlementaires une loi qui paraît n'intéresser qu'une classe de citoyens.

Cette loi pourrait n'être confectionnée qu'en vue d'intérêts électoraux et se ressentir fâcheusement de l'incompétence de la plupart des Parlementaires dans les questions d'ordre médical. M. Boudin fait valoir en outre la crainte qu'une loi organisant des Conseils de l'Ordre ne tendît « à placer le médecin sous une dépendance administrative, politique surtout, vis-à-vis des Maires, Préfets, Conseils généraux pour l'application des lois d'assistance, d'hygiène, de protection des travailleurs, etc. »

Il réfute l'erreur qu'il y aurait à comparer les Conseils de l'Ordre que pourraient organiser les médecins avec ceux qui régissent les avocats. Ceux-ci « n'exercent leur profession que groupés autour d'un tribunal et non pas disséminés sur toute l'étendue du territoire, comme les médecins. Ils exercent leur ministère devant un prétoire, en public, alors que l'acte médical est souvent secret à huis clos. Enfin l'avocat radié ne peut plus plaider, mais il peut se servir de son diplôme dans une autre branche du Droit, tandis que le médecin, exclu de la corporation par un vote du Conseil de l'Ordre, n'aurait plus de métier, à moins de pratiquer clandestinement. Comment interdire aux malades de lui demander conseil, alors que les tribunaux actuels sont impuissants pour empêcher l'exercice de la médecine par des illégaux, non pourvus du diplôme de Docteur en médecine ? »

D'ailleurs Prunier n'a-t-il pas dit que « nonobstant le Conseil de discipline

et ses rigueurs, les règles du Barreau sont sans cesse méconnues au Palais, où le racolage se pratique journellement et où les combinaisons aussi douteuses que la dichotomie sont toujours florissantes » ? *Quid valeant leges, sine moribus ?*

Pour ces diverses raisons il faut se contenter comme juridiction professionnelle des Conseils de famille avec sanctions disciplinaires, tels qu'ils sont établis par les statuts types d'un Syndicat médical et comprenant le Bureau, les Syndics et les anciens Présidents.

ASSOCIATION AMICALE (DÉONTOLOGIQUE) DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Fondée à Paris en 1910, cette Société « se propose de grouper des médecins ayant les mêmes idées déontologiques et de resserrer entre eux les liens d'une bonne confraternité ».

Les membres de l'Association prennent l'engagement de *s'abstenir de toute prescription à bénéfice commercial, de tout marchandage entre confrères, de tout partage clandestin d'honoraires*, et, d'une manière générale, *de toute pratique qui n'aurait pas pour objet le seul intérêt des malades.*

C'est un groupement fermé dans lequel on n'entre que sur invitation : le Comité directeur dresse, à la majorité des deux tiers des voix, la liste des médecins dont l'adhésion lui paraît désirable ; cette liste est envoyée à tous les membres de l'Association et seuls peuvent être invités les médecins dont les noms ont été acceptés par les deux tiers au moins des membres déjà adhérents. Les membres du Comité sont : Président, professeur A. Chauffard ; secrétaire, A. Pissavy ; trésorier, S. Banzet ; Moutard-Martin, L. Queyrat, V. Morax, C. Le Masson, H. Rendu et M. Pinard.

PROJETS DE CONSTITUTION D'UN CONSEIL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

	Dr CERISE 1845	Dr SURMAY 1884	Dr MOUGEOT 1884	Dr DIGNAT 1892	Dr LASSALLE et Me O'ZOUX 1897	UNION DES SYNDICATS MEDICAUX 1897	Dr GIRAUD 1912
Adhésion	Obligatoire pour exercer	Obligatoire. Admission après enquête. Investiture scientifique donnée par l'Etat ; investiture morale par l'Ordre.	Obligatoire.	Facultative, mais nécessaire pour exercer les fonctions médicales, administratives, publiques, judiciaires et pour les concours.	Facultative, mais nécessaire pour exercer les fonctions médicales administratives, publiques, judiciaires et pour les concours.	Obligatoire, mais l'exclusion n'empêche pas exercice de la médecine privée, elle provoque suspension des fonctions publiques.	Obligatoire.
Chambres locales . .	Par arrondissement.	Arrondissement.	Département.	Arrondissement.	Département ou arrondissement.	Département, ou plusieurs Collèges par département.	Département ou région.
Conseil général . . .	N'existe pas.	A Paris ; Membres : Doyen de Fac. de Méd. présid., 3 membres Académie de Médecine, élus par leurs pairs ; 4 Médecins et Chirurgiens, hôpitaux de Paris, élus par leurs Collègues.		A Paris, membres désignés au sort parmi des Chambres annuellement désignées au sort.	12 membres : 6 parmi présidents de Chambres, au sort, 6 parmi membres d'Académie de médecine et professeurs Faculté, élus par pairs.		
Elections chambre locale	Tous électeurs, majorité absolue, pour un an.	Tous électeurs, majorité absolue pour un an, rééligibles.	Tous électeurs.	Tous électeurs, majorité absolue.	A déterminer. Élus pour un an et rééligibles.	Scrutin de liste, 1er tour : majorité absolue ; 2e tour : majorité relative.	Tous électeurs, majorité absolue.
Pénalités	Admonition, réprimande, censure, radiation temporaire, radiation absolue avec interdiction d'exercer.	Avertissement, réprimande, censure, amende, suspension temporaire, interdiction d'exercer.	Avertissement, réprimande, amende recouvrable par le percepteur, suspension temporaire, radiation avec interdiction d'exercer.	Avertissement, blâme, suspension temporaire du droit de vote et d'éligibilité, amende, radiation.	Avertissement, blâme simple ou avec affichage au Collège, suspension temporaire de vote et d'éligibilité, amende : 25 à 500 fr., suspension temporaire, radiation.	Avertissement, blâme, exclusion avec affichage à la mairie.	Demande d'explications, avertissement, réprimande, amende, suspension, radiation.
Publicité		Publication de la liste annuelle des membres.	Pour les deux dernières peines.	Affichage des listes de l'Ordre.	Affichage des listes de l'Ordre.	Affichage des listes, exclusion affichée à la mairie et à la préfecture.	
Voies de recours . . .	Appel devant Conseil du chef-lieu du département, appel de celui-ci devant Conseil de l'arrondissement le plus éloigné.	Appel devant Conseil général pour suspension et radiation.	Appel devant Conseil général.	Appel devant Conseil supérieur, puis Cour d'appel du ressort. Appel peut être fait par gouvernement.	Conseil supérieur.	Cour d'appel du ressort.	Droit de récusation, appel devant assemblée générale de l'Ordre, ou assemblée des Bâtonniers de la région.
Attributions	Maintenir dignité et soutenir droits du Corps médical.	Moralisation. Serait consulté par gouvernement pour la bonne exécution de loi sur exercice de la médecine.	Justice médicale, poursuite de l'exercice illégal, règle les rapports avec justice et administration. Revendications professionnelles, modifications pour lois et règlements qui régissent la médecine.	Pourront être consultés pour enseignement et exercice de la médecine, pour police sanitaire.	Discipline, s'occupe des intérêts moraux et matériels, reçoit les plaintes des tiers.	Arbitres pour contestations avec clients, doivent être consultés par tribunaux pour les procès médicaux.	Défense des intérêts moraux et matériels, discipline, reçoit les plaintes des tiers.

Statuts-types d'un Syndicat médical (extraits).

DÉFINITION. — BUT

Article premier. — Sous le bénéfice :

1° De la loi du 21 mars 1884 relative aux syndicats professionnels;

2° De la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine;

3° Des articles 1142 et suivants du Code civil sur les obligations et leurs sanctions,

Il est constitué, entre les médecins qui auront adhéré par signature aux présents statuts, une Société syndicale dite *Syndicat de*

Art. III. — Le Syndicat a pour objet :

a) De maintenir entre ses membres le culte de la dignité professionnelle et des obligations d'étroite solidarité qu'elle leur impose dans leurs rapports : 1° entre eux; 2° avec les malades; 3° avec les collectivités diverses;

b) D'étudier et de préparer, de concert et en collaboration avec les pouvoirs publics ou autorités compétentes, l'application locale des mesures générales de médecine, d'assistance et de protection de la santé publique;

c) De poursuivre, par tous les moyens légaux, l'exécution et le respect des résolutions adoptées par les Assemblées générales de la Société;

d) D'assurer la défense des intérêts généraux des médecins de la région, sans porter atteinte à ceux des confrères des régions voisines ou de la famille médicale.

Art. VI. — Les droits du syndiqué consistent dans la jouissance d'une protection aussi étendue que possible contre les préjudices professionnels dont il peut être menacé ou atteint.

Art. VII. — Les obligations ou devoirs se résument dans l'observation de toutes les décisions du Syndicat et notamment en matière de :

1° Conduite déontologique;

2° Interdiction de tous actes de concurrence illicite par voie d'intrigue, de sollicitation de clientèle, de dénigrement de confrères, d'avilissement d'honoraires, de coalition politique ou religieuse établie en vue de la poursuite d'un intérêt professionnel, etc., etc.;

3° Concours spontané au cosyndiqué menacé ou lésé.

Art. IX. — 1° Les sanctions applicables en cas d'infraction aux statuts et résolutions sont valablement prononcées au scrutin secret, par l'Assemblée générale et à la majorité relative des membres présents, après enquête du Bureau, audition des parties et rapport écrit. Elles peuvent être votées par défaut, si le confrère présumé délinquant, convoqué par lettres recommandées, d'abord devant le bureau enquêteur, ensuite devant l'Assemblée générale, ne se présente pas ou ne fait pas valoir d'excuse admissible.

2° Toute pénalité appliquée par défaut sera susceptible d'opposition devant l'Assemblée générale dans les trois mois de la signification, soit par ministère d'huissier, soit par lettre recommandée.

3° Ces pénalités sont : l'avertissement, le blâme, l'amende de 20 francs à 1,000 francs, l'exclusion, qui pourra se cumuler avec l'amende.

L'Assemblée générale décidera, en outre, s'il y a lieu d'exercer contre le syndiqué une action judiciaire en dommages-intérêts, dans le cas où l'amende ne suffirait pas à réparer le préjudice causé au Syndicat.

L'Assemblée générale qui prononce les deux dernières pénalités, amende ou exclusion, ainsi que la poursuite judiciaire, doit comprendre au moins les deux tiers des membres du Syndicat, et la pénalité ou poursuite ne pourra être prononcée que par les deux tiers des membres présents.

4° A moins qu'il n'en ait été décidé autrement par l'Assemblée générale, toutes les sanctions sont inscrites au procès-verbal. Elles peuvent recevoir la même publicité que lui sans que l'intéressé puisse, de ce chef, exercer une action devant les tribunaux contre le Syndicat ou son bureau.

5° La démission ne dégage pas le syndiqué des responsabilités et pénalités encourues antérieurement à elle.

Art. X. — Le Syndicat est administré par un bureau composé d'un président, d'un vice-président: d'un secrétaire, d'un trésorier et des. . . . . .

. . . . . .

Dans toutes les circonstances graves, et particulièrement dans les enquêtes pouvant aboutir aux votes de pénalités, ainsi que dans les conflits qui pourraient surgir entre confrères, le bureau, les syndics et les anciens présidents se constitueront en conseil de famille, sur convocation d'office du président. Leur décision n'aura d'effet que si elle est votée par les deux tiers au moins des membres présents.

Art. XIII. — . . . . . .

Les assemblées disciplinaires sont obligatoires et l'absence à ces assemblées comporte une amende de 20 francs, sauf les cas de dispense prévus ci-dessus.

RÉSOLUTIONS PRISES PAR LE SYNDICAT DE L'ARRONDISSEMENT DE VERSAILLES DU 26 MAI AU 31 OCTOBRE 1901 ET QUI FONT LOI COMME LES STATUTS

1° Assurés, mutualistes, indigents étant libres de choisir leur médecin, il n'est pas digne de nous et il est contraire à notre pacte syndical d'accepter dans la région le monopole exclusif de ces clients, et surtout de les rechercher en les détournant des confrères.

2° Toute fonction de médecine publique ne sera acceptée dans l'avenir, à l'exclusion des confrères, que si on l'a acquise par voie de concours ou par élection des confrères intéressés, ou avec leur assentiment.

3° Tout abaissement systématique des prix adoptés dans les ententes régionales est un manquement punissable à nos engagements syndicaux.

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

LE CONSEIL DE FAMILLE : SON FONCTIONNEMENT

Article premier. — Dans le Conseil de famille composé et défini dans ses attributions comme il est dit à l'article 10, doivent être examinés, instruits, arbitrés ou jugés en premier ressort tous les conflits qui surgissent entre syndiqués.

Art. II. — Les plaintes sont portées, avec toutes preuves et documents précis, devant le président du Syndicat. — Il ne serait donné aucune suite à des allégations non appuyées de preuves et basées sur de simples racontars d'intermédiaires, qui ne seraient pas prêts à en témoigner sous serment ou par écrit.

Art. III. — Le président, si l'affaire mérite suite, charge aussitôt le syndic du groupe régional intéressé de procéder à une enquête, d'entendre les deux parties, et de lui adresser un rapport écrit dès qu'il aura pu se faire une opinion.

Art. IV. — Au reçu de cette pièce et des documents qui l'accompagnent, le

président convoque le Conseil de famille et, pour être entendus devant lui, les confrères en litige. La comparution de ceux-ci a lieu simultanément ou successivement, suivant qu'il en est décidé au préalable par le Conseil. Seront également convoqués tous témoins indispensables, à la demande des deux parties adressée au syndic enquêteur.

Art. V. — Le Conseil de famille devra toujours tendre à faire accepter son rôle comme celui d'un tribunal d'arbitrage, quand il jugera qu'il n'y a pas lieu de faire un exemple pour sauvegarder la discipline syndicale. L'affaire, dans ce cas, ne sera pas portée devant l'Assemblée générale, si c'est le désir formellement exprimé par les parties intéressées.

Art. VI. — Dans le cas contraire, la question sera soumise à l'Assemblée réunie dans les conditions prévues à l'article 13 des statuts. Rapport écrit y sera lu par un délégué du Conseil de famille; les parties y seront entendues à nouveau, et les votes seront accueillis et appliqués aussitôt s'ils ont été émis dans les conditions prévues par l'article 9 des statuts.

RAPPORTS AVEC LES MÉDECINS NON SYNDIQUÉS

Article premier. — Toute installation d'un nouveau confrère dans la zone du Syndicat sera signalée au secrétaire par le syndiqué le plus voisin qui suggérera en même temps les meilleurs moyens de l'amener dans nos rangs. Le syndic de la région recevra alors mandat de visiter le nouveau venu en suivant les indications qui auront été fournies; il s'efforcera de lui démontrer les services que nous pouvons lui rendre et de lui indiquer les fautes à éviter.

Jusqu'à ce qu'il se soit prononcé nettement pour ou contre l'entrée dans le Syndicat, et tant que sciemment il n'aura pas fait acte de concurrence hostile, le nouveau confrère sera traité par ses rivaux avec les mêmes égards que s'il était syndiqué.

Art. II. — La même attitude qu'au deuxième paragraphe de l'article ci-dessus sera par nous adoptée envers tout médecin qui, resté en dehors du Syndicat, sera d'une absolue correction dans la conduite professionnelle. Mais on devra, de plus, rechercher son concours, son adhésion dans toute campagne d'intérêt général, et s'efforcer de l'ammener parmi nous.

Art. III. — Avec tout médecin qui, installé depuis deux mois, n'aura pas visité des confrères voisins, aura refusé, en pleine connaissance de cause, à notre délégué, d'entrer dans le Syndicat, et pratiquera la concurrence au lieu de la solidarité, les syndiqués réduiront les relations professionnelles au strict minimum imposé par l'humanité et l'intérêt des malades. Aucun de nous ne devra accepter d'être son aide, son consultant, ou son collaborateur *d'une façon habituelle*. On indiquera, quand on cédera à l'urgence et au sentiment d'humanité, que c'est à l'appel du malade qu'il est répondu et, dans la collaboration exceptionnelle qu'il nous faudra subir, nous bornerons notre attitude à l'absolue correction déontologique.

De plus, contre le médecin mauvais confrère dont il est ici question, le syndiqué pourra être délié, par un vote de l'Assemblée générale, de tous les égards et de toutes les obligations que nous observons envers ceux qui font passer la dignité professionnelle avant la concurrence commerciale.

Art. IV. — La dérogation à une prescription des trois articles précédents est un cas à soumettre au Conseil de famille, afin qu'il y soit fait application des sanctions prévues à l'article 9 des statuts.

La situation morale du corps médical.

LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR

La regrettable situation morale dans laquelle nous voyons le corps médical ne paraît qu'un cas particulier de celle où se débat toute la société contemporaine, la *lutte entre l'individualisme et l'esprit de solidarité*.

La rupture des liens corporatifs, qui enserraient si énergiquement les diverses fractions de la Société avant la Révolution de 1789 qu'ils étaient devenus tyranniques et intolérables, a laissé prédominer l'égotisme auquel l'homme n'est que trop disposé : chaque médecin n'a plus songé qu'à soi et, son diplôme conquis, n'a plus cru devoir rendre compte à personne de la manière dont il en usait. Il en est résulté que chacun ne s'est plus occupé que de ses intérêts personnels, indifférent à ceux de ses confrères.

D'autre part, les écarts énormes qui se sont produits entre les diverses valeurs professionnelles médicales, se traduisant objectivement par des écarts proportionnels de fortune et de train de vie, sont devenus fort pénibles à ceux qui n'avaient pas trouvé dans l'exercice de leur profession les mêmes satisfactions d'argent ou de vanité que des confrères plus heureux, plus savants ou plus habiles.

L'interprétation inexacte de la devise révolutionnaire, qui pèse si lourdement sur toute notre Société en ce qui concerne l'égalité qu'elle a proclamée, mais qui ne pouvait être que l'égalité devant la loi, a eu comme conséquence pour le corps médical de rendre plus violente cette jalousie, cette envie, qui s'est exercée surtout au point de vue de l'argent, parce que l'argent est devenu le point de mire et le désir presque unique de la plupart des contemporains. On ne voit guère le praticien malchanceux porter envie au médecin savant et pauvre ; il ne peut contenir sa jalousie vis-à-vis du confrère qui gagne de gros honoraires, quand ceux-ci sont dus en partie à ce que ce confrère a conquis des titres et des places, fût-ce par un travail acharné ou des qualités spéciales.

L'écart énorme entre les honoraires des chirurgiens, à partir du moment où les progrès de la chirurgie ont fait de cette spécialité l'apanage des médecins pouvant disposer de services hospitaliers, a contribué à accentuer l'inégalité professionnelle.

L'augmentation du nombre des médecins rend le public plus exigeant ; il ne consent à donner d'honoraires élevés qu'à ceux qui émergent de la foule de leurs confrères par un moyen quelconque (titres officiels, réputation basée sur des travaux vraiment scientifiques — ou réclame intensive, pseudo-scientifique ou mondaine).

Dès lors les médecins qui ne peuvent se prévaloir d'une distinction quelconque se voient réduits à des honoraires insuffisants et peu à peu souffrent d'un paupérisme, qui les voue au découragement et à l'envie.

Parmi ceux qui occupent les situations en vue, trop peu se sont préoccupés du sort de ces confrères malheureux, soit pour leur faciliter l'existence en les aidant à améliorer leur sort par la création et le jeu d'œuvres d'assistance et de défense ; soit, s'ils étaient chargés de l'enseignement et de la direction des études, en réclamant des pouvoirs publics des réformes, bref par une méconnaissance de la solidarité.

La réaction, qui s'est produite sous l'influence de l'esprit d'association syndicale, a eu pour effet de grouper la plus grande partie des médecins mécontents de leur sort. Cette évolution n'est qu'un cas particulier du mouvement général qui secoue notre état social et ce besoin de groupement est légitime ; il peut toutefois avoir des inconvénients, si sa tendance s'affirme dans le sens d'une lutte entre les syndiqués et les non-syndiqués, si le syndicalisme prend comme devise l'égalité dans la médiocrité, s'il prétend exercer sur tous les membres de la profession une tutelle tyrannique.

L'idéal chimérique de certains est que tous les médecins soient également rémunérés, et que tous à tour de rôle puissent être chargés des fonctions rémunératrices. Ce sont les mêmes qui s'indignent quand on parle de créer des diplômes spéciaux permettant seuls l'accès à des fonctions spéciales. Cette crainte farouche d'une inégalité qui est inévitable, étant imposée par la nature même à la Société, — « l'anisophobie » ou horreur de l'inégalité, comme l'a baptisée Grasset, — est aussi nuisible à la solidarité que l'individualisme d'autrefois ; elle crée un fossé entre deux camps, les officiels et ceux qui ne jouissent d'aucune fonction ; cette division en deux groupes, l'un dédaigneux, l'autre envieux, si elle persistait ou s'accentuait, ne serait guère préférable, pour les médecins du XX^e^ siècle, à l'isolement des médecins du XIX^e^.

Ce fossé, il faut le combler : ni individualisme, ni imposition d'une égalité tyrannique, mais solidarité, voilà le salut pour nous.

Que l'immense majorité des médecins se mette d'accord sur les principes de la déontologie, peu importera qu'une minorité négligeable refuse de s'y soumettre ; l'important est qu'*on ne donne le nom de confrères qu'à des médecins avec lesquels on sera d'accord pour accepter cette devise :* PROBITÉ PROFESSIONNELLE, SOLIDARITÉ CONFRATERNELLE.

CONCLUSIONS

Un vieux médecin, qui a passionnément aimé exercer sa profession à l'hôpital comme à la ville et diriger l'apprentissage des étudiants, a cru terminer utilement sa carrière en résumant son opinion sur l'Enseignement et la Pratique en usage de son temps.

A ces deux points de vue, quels titres peut-il revendiquer à une certaine compétence et à la confiance des lecteurs ?

S'il n'a pas occupé de hautes fonctions universitaires, qu'il ne recherchait pas et auxquelles d'ailleurs il n'eût peut-être pas été jugé apte, il a pourtant collaboré modestement à l'enseignement officiel comme chef de clinique et chargé de cours ; il a vécu dans l'intimité de plusieurs des maîtres les plus considérables de la médecine française, de ceux qui avaient conscience des difficultés de l'enseignement et y cherchaient des solutions ; il a été mêlé aux essais officiels de réformes des études.

Il a vécu depuis quarante-cinq ans dans les hôpitaux à travers toutes les étapes de la hiérarchie et les services les plus variés.

Il a exercé sa profession dans tous les milieux, depuis les chaumières et les taudis au cours de nombreux remplacements jusqu'aux plus opulents hôtels, comme médecin de famille ou consultant. Les occasions ne lui ont vraiment pas manqué pour tout voir, s'il a su regarder.

Et voici le bilan de son expérience, le résumé de ses réflexions.

La France a le droit d'être fière d'un corps médical qui, par la science et les talents de son élite, par la variété d'aptitudes, l'honnêteté et la bonne volonté de la masse de ses praticiens, constitue un des rouages les plus précieux de l'organisme national. Ce corps médical doit et peut contribuer pour une large part au relèvement du pays, affaibli par une victoire si chèrement achetée.

Mais il a besoin de mettre en jeu toutes ses énergies latentes pour sortir plus vigoureux de la crise professionnelle qu'il traverse depuis une quarantaine d'années.

Il souffre dans son recrutement par suite d'une formation technique insuffisante et d'une éducation morale trop négligée.

Il souffre dans ses rapports sociaux par une diminution de son autorité et de ses moyens matériels d'existence.

Il souffre dans sa vie intérieure par la désunion de ses membres.

Quels remèdes me paraissent pouvoir l'aider à sortir de ses maux ?

Au point de vue de l'enseignement, il me paraît souhaitable que ses dirigeants fassent d'énergiques efforts :

Pour faciliter les études en dégorgeant l'hypertrophique Faculté métropolitaine au profit de celles des Facultés provinciales et Écoles qui siègent dans des villes populeuses, largement pourvues d'hôpitaux et possédant des professeurs égaux pour la plupart en science et en talent à ceux de Paris ;

Pour utiliser mieux à Paris les immenses ressources de l'enseignement public et libre grâce à une organisation plus pratique ;

Que les Maîtres adaptent leurs méthodes pédagogiques à la nécessité de concilier les belles traditions de la clinique française avec l'acquisition des techniques contemporaines d'une utilité indiscutable, — de former dans tous les genres des spécialistes qui ne soient pourtant pas dépourvus d'instruction générale, et d'en diriger par leurs conseils la répartition sur tout le territoire suivant les besoins pressentis ou vérifiés du public, — enfin qu'ils mettent au premier rang de leurs préoccupations l'éducation morale et l'enseignement déontologique.

Au point de vue professionnel, il me semble nécessaire :

Que tous les médecins, sans distinction de titres, de clientèles et de ressources, entrent dans le mouvement d'association si caractéristique de notre époque ;

Que l'esprit syndicaliste s'exerce, non pas dans le sens d'une lutte de classes au sein du corps médical, mais dans des formes cordiales, avec la volonté sincère de s'entendre, après discussions éclairées, sur les meilleures mesures d'intérêt général et de défense corporative ;

Que cet accord des volontés ait pour but d'assurer au médecin une équitable rémunération de ses soins, non par l'adoption d'un commercialisme avoué ou déguisé, mais par une franche élévation du taux des honoraires, proportionnelle à la hausse générale du coût de la vie, en l'imposant au public et aux collectivités ;

Enfin que tout praticien se hâte, dès ses débuts, de s'affilier au plus grand nombre possible d'œuvres d'assistance, de prévoyance et de défense professionnelle, suivant ses moyens.

Jugera-t-on ce programme inexécutable ?

Non ; je ne puis me laisser aller au pessimisme, quand je discerne tant d'éléments de rénovation et d'indices réconfortants d'une réaction favorable.

C'est un Ministre de l'Instruction publique qui promet de réclamer énergiquement tous les crédits nécessaires aux réformes jugées indispensables par la Faculté ; ce sont des Parlementaires qui saisissent les occasions de se déclarer prêts à les voter.

C'est le Doyen de notre première Faculté qui, à la fin d'une carrière de pure science, consent à assumer une rude charge d'administrateur et se révèle d'emblée un réformateur, voulant abattre « l'ancienne barrière dressée entre les professeurs et les praticiens, faisant appel à la solidarité complète et au groupement de tous les médecins pour donner à la profession médicale une renommée digne de notre pays, se déclarant disposé à écouter toutes les suggestions qui pourraient lui être apportées par des groupements médicaux, des médecins isolés et même des étudiants ! »

Je vois, d'autre part, des associations multiples, pleines de vitalité, d'ardeur à réclamer les réformes ; une jeunesse déjà mûrie par la vue des souffrances dont elle a pris une large part et qui, les oreilles encore bourdonnantes du fracas des batailles, est accourue, assoiffée de travail, empressée à se préparer à de nouveaux devoirs ; des concitoyens qui, témoins de l'abnégation, du dévouement et du stoïcisme dont a fait preuve le corps médical mobilisé, sont disposés à lui rendre une confiance et un crédit moral, un peu ébranlés par nos bruyantes dissensions et nos intempestifs dénigrements réciproques ; enfin, pour servir de lien entre tous ces éléments, pour éclaircir les questions embrouillées, pour dissiper les malentendus, une Presse médicale où foisonnent les talents les plus rares dans une proportion ignorée des générations antérieures.

Aussi est-ce avec confiance que l'auteur envisage l'avenir de la profession à laquelle il s'honore d'appartenir et au bon renom de laquelle il serait fier d'avoir, même faiblement, contribué.

DEUXIÈME PARTIE

COMMENTAIRE JURIDIQUE

SUR LES LOIS ET DÉCRETS

CONCERNANT LA MÉDECINE

PAR

Henri RIBADEAU-DUMAS

Avocat à la Cour d'appel

DOCUMENTS LÉGISLATIFS

LOI

sur l'exercice de la médecine.

Du 30 novembre 1892.

TITRE I

CONDITIONS DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Article premier. — Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le Gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat (facultés, écoles de plein exercice et écoles préparatoires réorganisées conformément aux règlements rendus après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique).

Les inscriptions précédant les deux premiers examens probatoires pourront être prises et les deux premiers examens subis dans une école préparatoire réorganisée comme il est dit ci-dessus.

TITRE II

CONDITIONS DE L'EXERCICE DE LA PROFESSION DE DENTISTE

Art. 2. — Nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste. Le diplôme de chirurgien-dentiste sera délivré par le Gouvernement français à la suite d'études organisées suivant un règlement rendu après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique et d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat.

TITRE III

CONDITIONS DE L'EXERCICE DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

Art. 3. — Les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme de 1re ou de 2e classe, délivré par le Gouvernement français, à la suite d'examens subis devant une Faculté de médecine, une école de plein exercice ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Etat.

Un avis pris après arrêté du Conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions de scolarité et le programme applicable aux élèves sages-femmes.

Les sages-femmes de 1re et de 2e classe continueront à exercer leur profession dans les conditions antérieures.

Art. 4. — Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans les cas d'accouchement laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine ou un officier de santé.

Il leur est également interdit de prescrire des médicaments, sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1873 et par les décrets qui pourraient être rendus dans les mêmes conditions, après avis de l'Académie de médecine.

Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et les revaccinations antivarioliques.

TITRE IV

CONDITIONS COMMUNES A L'EXERCICE DE LA MÉDECINE, DE L'ART DENTAIRE ET DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

Art. 5. — Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France qu'à la condition d'y avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, de dentiste ou de sage-femme, et en se conformant aux dispositions prévues par les articles précédents.

Des dispenses de scolarité et d'examens pourront être accordées par le Ministre, conformément à un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique. En aucun cas, les dispenses accordées pour l'obtention du doctorat ne pourront porter sur plus de trois épreuves.

Art. 6. — Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours et munis de douze inscriptions, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée, peuvent être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions.

Art. 7. — Les étudiants étrangers qui postulent, soit le diplôme de docteur en médecine visé à l'article premier de la présente loi, soit le diplôme de chirurgien-dentiste visé à l'article 2, et les élèves de nationalité étrangère qui postulent le diplôme de sage-femme de 1re ou de 2e classe visé à l'article 3, sont soumis aux mêmes règles de scolarité et d'examens que les étudiants français.

Toutefois, il pourra leur être accordé, en vue de l'inscription dans les Facultés et Ecoles de médecine, soit l'équivalent des diplômes ou certificats obtenus par eux à l'étranger, soit la dispense des grades français requis pour cette inscription, ainsi que des dispenses partielles de scolarité correspondant à la durée des études faites par eux à l'étranger.

Art. 8. — Le grade de docteur en chirurgie est et demeure aboli.

Art. 9. — Les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes sont tenus, dans le mois qui suit leur établissement, de faire enregistrer, sans frais, leur titre à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement. *(Voir plus loin la loi du 14 avril 1910.)*

Le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du titre dans le même délai.

Ceux ou celles qui, n'exerçant plus depuis deux ans, veulent se livrer à l'exercice de leur profession doivent faire enregistrer leur titre dans les mêmes conditions.

Il est interdit d'exercer sous un pseudonyme les professions ci-dessus, sous les peines édictées à l'article 18.

Art. 10. — Il est établi chaque année dans les départements, par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes portant les noms et prénoms, la résidence, la date et la provenance du diplôme des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes visés par la présente loi.

Ces listes sont affichées chaque année, dans le mois de janvier, dans toutes les communes du département. Des copies certifiées en sont transmises aux ministres de l'intérieur, de l'instruction publique et de la justice.

La statistique du personnel médical existant en France et aux colonies est dressée tous les ans par les soins du ministre de l'intérieur.

Art. 11. — L'article 2272 du Code civil est modifié ainsi qu'il suit :

« L'action des huissiers, pour le salaire des actes qu'ils signifient, et des commissions qu'ils exécutent ;

« Celle des marchands, pour les marchandises qu'ils vendent aux particuliers non marchands ;

« Celles des maîtres de pension, pour le prix de pension de leurs élèves, et des autres maîtres, pour le prix de l'apprentissage ;

« Celle des domestiques qui se louent à l'année, pour le payement de leur salaire,

« Se prescrivent par un an.

« L'action des médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens, pour leurs visites, opérations et médicaments, se prescrit par deux ans. »

Art. 12. — L'article 2101 du Code civil, relatif aux privilèges généraux sur les meubles, est modifié ainsi qu'il suit dans son paragraphe 3 :

« Les frais quelconques de la dernière maladie, quelle qu'en ait été la terminaison, « concurremment entre ceux à qui ils sont dus ».

Art. 13. — A partir de l'application de la présente loi, les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes jouiront du droit de se constituer en associations syndicales, dans les conditions de la loi du 21 mars 1884, pour la défense de leurs intérêts professionnels, à l'égard de toutes personnes autres que l'État, les départements et les communes.

Art. 14. — Les fonctions de médecins experts près les tribunaux ne peuvent être remplies que par les docteurs en médecine français.

Un règlement d'administration publique revisera les tarifs du décret du 18 juin 1811, en ce qui touche les honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des médecins.

Le même règlement déterminera les conditions suivant lesquelles pourra être conféré le titre d'expert devant les tribunaux.

Art. 15. — Tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des cas des maladies épidémiques tombées sous son observation et visées dans le paragraphe suivant.

La liste des maladies épidémiques dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel sera dressée par arrêté du Ministre de l'intérieur, après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Le même arrêté fixera le mode des déclarations desdites maladies.

TITRE V

EXERCICE ILLÉGAL — PÉNALITÉS

Art. 16. — Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, ou n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 6, 29 et 32 de la présente loi, prend part, habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou des affections chirurgicales ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire ou des accouchements, sauf les cas d'urgence avérée ;

2° Toute sage-femme qui sort des limites fixées pour l'exercice de sa profession par l'article 4 de la présente loi ;

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi.

Les dispositions du paragraphe premier du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux gardes-malades, ni aux personnes qui, sans prendre le titre de chirurgien-dentiste, opèrent accidentellement l'extraction des dents.

Art. 17. — Les infractions prévues et punies par la présente loi seront poursuivies devant la juridiction correctionnelle.

En ce qui concerne spécialement l'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire ou de la pratique des accouchements, les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les associations de médecins régulièrement constituées, les syndicats visés dans l'article 13, pourront en saisir les tribunaux par voie de citation directe donnée dans les termes de l'article 182 du Code d'instruction criminelle, sans préjudice de la faculté de se porter, s'il y a lieu, partie civile dans toute poursuite de ces délits intentée par le ministère public.

Art. 18. — Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 francs, et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1.000 francs, et d'un emprisonnement de six jours à six mois, ou de l'une de ces deux peines seulement.

L'exercice illégal de l'art dentaire est puni d'une amende de 50 à 100 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 100 à 500 francs.

L'exercice illégal de l'art des accouchements est puni d'une amende de 50 à 100 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 100 à 500 francs et d'un emprisonnement de six jours à un mois, ou de l'une de ces deux peines seulement.

Art. 19. — L'exercice illégal de la médecine ou de l'art dentaire, avec usurpation du titre de docteur ou d'officier de santé, est puni d'une amende de 1.000 à 2.000 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 2.000 à 3.000 francs et d'un emprisonnement de six mois à un an, ou de l'une de ces deux peines seulement.

L'usurpation du titre de dentiste sera punie d'une amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à un mois, ou de l'une de ces deux peines seulement.

L'usurpation du titre de sage-femme sera punie d'une amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1.000 francs et d'un

emprisonnement de un mois à deux mois, ou de l'une de ces deux peines seulement.

Art. 20. — Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque, se livrant à l'exercice de la médecine, fait procéder ou suivre son nom du titre de docteur en médecine sans en indiquer l'origine étrangère. Il sera puni d'une amende de 100 à 200 francs.

Art. 21. — Le docteur en médecine ou l'officier de santé qui n'aurait pas fait la déclaration prescrite par l'article 15 sera puni d'une amende de 50 à 200 francs.

Art. 22. — Quiconque exerce la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 9 de la présente loi est puni d'une amende de 25 à 100 francs.

Art. 23. — Tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de la justice, sous les peines portées à l'article précédent.

Art. 24. — Il n'y a récidive qu'autant que l'agent du délit relevé a été, dans les cinq ans qui précèdent ce délit, condamné pour une infraction de qualification identique.

Art. 25. — La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de leur profession peuvent être prononcées par les Cours et Tribunaux accessoirement à la peine principale contre tout médecin, officier de santé, dentiste ou sage-femme, qui est condamné :

1° A une peine afflictive ou infamante ;

2° A une peine correctionnelle prononcée pour crime de faux, pour vol et escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 334 et 335 du Code pénal :

3° A une peine correctionnelle prononcée par une Cour d'assises pour les faits qualifiés crimes par la loi.

En cas de condamnation prononcée à l'étranger pour un des crimes et délits ci-dessus spécifiés, le coupable pourra également, à la requête du ministère public, être frappé, par les tribunaux français, de suspension temporaire ou d'incapacité absolue de l'exercice de sa profession.

Les aspirants ou aspirantes aux diplômes de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste et de sage-femme condamnés à l'une des peines énumérées aux paragraphes 1, 2 et 3 du présent article peuvent être exclus des établissements d'enseignement supérieur.

La peine de l'exclusion sera prononcée dans les conditions prévues par la loi du 27 février 1880.

En aucun cas, les crimes et délits politiques ne pourront entraîner la suspension temporaire ou l'incapacité absolue d'exercer les professions visées au présent article, ni l'exclusion des établissements d'enseignement médical.

Art. 26. — L'exercice de leur profession par les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue, dans les conditions spécifiées à l'article précédent, tombe sous le coup des articles 17, 18, 19, 20 et 21 de la présente loi.

Art. 27. — L'article 463 du Code pénal est applicable aux infractions prévues par la présente loi.

TITRE VI

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 28. — Les médecins et sages-femmes venus de l'étranger, autorisés à

exercer leur profession avant l'application de la présente loi, continueront à jouir de cette autorisation dans les conditions où elle leur a été donnée.

Art. 29. — Les officiers de santé reçus antérieurement à l'application de la présente loi, et ceux reçus dans les conditions déterminées par l'article 31 ci-après, auront le droit d'exercer la médecine et l'art dentaire sur tout le territoire de la République. Ils seront soumis à toutes les obligations imposées par la loi aux docteurs en médecine.

Art. 30. — Un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'Instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles : 1° un officier de santé pourra obtenir le grade de docteur en médecine; 2° un dentiste qui bénéficie des dispositions transitoires ci-après pourra obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste.

Art. 31. — Les élèves qui, au moment de l'application de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'officiat de santé pourront continuer leurs études médicales et obtenir le diplôme d'officier de santé.

Art. 32. — Le droit d'exercer l'art dentaire est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892.

Les dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent n'auront le droit de pratiquer l'anesthésie qu'avec l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé.

Les dentistes qui contreviendront aux dispositions du paragraphe précédent tomberont sous le coup des peines portées au deuxième paragraphe de l'article 19.

Art. 33. — Le droit de continuer l'exercice de leur profession est maintenu aux sages-femmes de 1re et de 2e classe, reçues en vertu des articles 30, 31 et 32 de la loi du 19 ventôse an XI ou des décrets et arrêtés ministériels ultérieurs.

Art. 34. — La présente loi ne sera exécutoire qu'un an après sa promulgation.

Art. 35. — Des règlements d'administration publique détermineront les conditions d'application de la présente loi à l'Algérie et aux colonies, et fixeront les dispositions transitoires ou spéciales qu'il sera nécessaire d'édicter ou de maintenir.

Un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'Instruction publique déterminera les épreuves qu'auront à subir, pour obtenir le titre de docteur, les jeunes gens des colonies françaises ayant suivi les cours d'une école de médecine existant dans une colonie.

Art. 36. — Sont et demeurent abrogées, à partir du moment où la présente loi sera exécutoire, les dispositions de la loi du 19 ventôse an XI, et généralement toutes les dispositions de lois et règlements contraires à la présente loi.

LOI

modifiant le paragraphe 1er de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine.

Du 14 avril 1910.

Article unique. — Le paragraphe 1er de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 est ainsi modifié : « Les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes, les accoucheuses, sages-femmes, sont tenus, dès leur établissement et avant d'accomplir aucun acte de leur profession, de faire enregistrer, sans frais, leur titre, à la préfecture ou sous-préfecture, au greffe du tribunal civil de leur arrondissement et de le faire viser à la mairie du lieu où ils ont leur domicile. Et, s'il s'agit

de débutants n'étant pas encore en possession de leur titre ou diplôme, ils devront faire enregistrer et viser, comme il est dit ci-dessus, le certificat provisoire qui leur a été délivré par la faculté ou par l'école professionnelle dûment autorisée.

LOI

relative à la protection de la santé publique.

Du 15 février 1902.

TITRE PREMIER

Des mesures sanitaires générales.

CHAPITRE PREMIER

Mesures sanitaires générales.

Article premier. — Dans toute commune, le maire est tenu, afin de protéger la santé publique, de déterminer, après avis du Conseil municipal et sous forme d'arrêtés municipaux portant règlement sanitaire :

1° Les précautions à prendre, en exécution de l'article 97 de la loi du 5 avril 1884, pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles, visées à l'article 4 de la présente loi, spécialement les mesures de désinfection ou même de destruction des objets à l'usage des malades ou qui ont été souillés par eux, et généralement des objets quelconques pouvant servir de véhicule à la contagion;

2° Les prescriptions destinées à assurer la salubrité des maisons et de leurs dépendances, des voies privées, closes ou non à leurs extrémités, des logements loués en garni et des autres agglomérations quelle qu'en soit la nature, notamment les prescriptions relatives à l'alimentation en eau potable ou à l'évacuation des matières usées.

Art. 2. — Les règlements sanitaires communaux ne font pas obstacle aux droits conférés au préfet par l'article 99 de la loi du 5 avril 1884.

Ils sont approuvés par le préfet, après avis du Conseil départemental d'hygiène. Si, dans le délai d'un an à partir de la promulgation de la présente loi, une commune n'a pas de règlement sanitaire, il lui en sera imposé un, d'office, par un arrêté du préfet, le Conseil départemental d'hygiène entendu.

Dans le cas où plusieurs communes auraient fait connaître leur volonté de s'associer, conformément à la loi du 22 mars 1890, pour l'exécution des mesures sanitaires, elles pourront adopter les mêmes règlements qui leur seront rendus applicables suivant les formes prévues par ladite loi.

Art. 3. — En cas d'urgence, c'est-à-dire en cas d'épidémie ou d'un autre danger imminent pour la santé publique, le préfet peut ordonner l'exécution immédiate, tous droits réservés, des mesures prescrites par les règlements sanitaires prévus par l'article 1er. L'urgence doit être constatée par un arrêté du maire, et, à son défaut, par un arrêté du préfet, que cet arrêté spécial s'applique à une ou plusieurs personnes ou qu'il s'applique à tous les habitants de la commune.

Art. 4. — La liste des maladies auxquelles sont applicables les dispositions de la présente loi sera dressée, dans les six mois qui en suivront la promulgation, par un décret du président de la République, rendu sur le rapport du ministre de l'intérieur, après avis de l'Académie de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique de France. Elle pourra être revisée dans la même forme.

Art. 5. — La déclaration à l'autorité publique de tous cas de l'une des maladies visées à l'article 4 est obligatoire pour tout docteur en médecine, officier de santé ou sage-femme qui en constate l'existence. Un arrêté du ministre de l'intérieur, après avis de l'Académie de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique de France, fixe le mode de la déclaration.

Art. 6. — La vaccination antivariolique est obligatoire au cours de la première année de la vie, ainsi que la revaccination au cours de la onzième et de la vingt et unième année.

Les parents ou tuteurs sont tenus personnellement à l'exécution de ladite mesure.

Un règlement d'administration publique, rendu après avis de l'Académie de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique de France, fixera les mesures nécessitées par l'application du présent article.

Art. 7. — La désinfection est obligatoire pour tous les cas des maladies prévues à l'article 4; les procédés de désinfection devront être approuvés par le ministre de l'intérieur, après avis du comité consultatif d'hygiène publique de France.

Les mesures de désinfection sont mises à exécution, dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus, par les soins de l'autorité municipale, suivant des arrêtés du maire, approuvés par le préfet, et, dans les communes de moins de 20.000 habitants, par les soins d'un service départemental.

Les dispositions de la loi du 21 juillet 1856 et des décrets et arrêtés ultérieurs, pris conformément aux dispositions de ladite loi, sont applicables aux appareils de désinfection.

Un règlement d'administration publique, rendu après avis du comité consultatif d'hygiène publique de France, déterminera les conditions que ces appareils doivent remplir au point de vue de l'efficacité des opérations à y effectuer.

Art. 8. — Lorsqu'une épidémie menace tout ou partie du territoire de la République ou s'y développe, et que les moyens de défense locaux sont reconnus insuffisants, un décret du président de la République détermine, après avis du comité consultatif d'hygiène publique de France, les mesures propres à empêcher la propagation de cette épidémie.

Il règle les attributions, la composition et le ressort des autorités et administrations chargées de l'exécution de ces mesures, et leur délègue, pour un temps déterminé, le pouvoir de les exécuter. Les frais d'exécution de ces mesures, en personnel et en matériel, sont à la charge de l'État.

Les décrets et actes administratifs qui prescrivent l'application de ces mesures sont exécutoires dans les vingt-quatre heures, à partir de leur publication au *Journal officiel*.

Art. 9. — Lorsque pendant trois années consécutives le nombre des décès dans une commune a dépassé le chiffre de la mortalité moyenne de la France, le préfet est tenu de charger le conseil départemental d'hygiène de procéder, soit par lui-même, soit par la commission sanitaire de la circonscription, à une enquête sur les conditions sanitaires de la commune.

Si cette enquête établit que l'état sanitaire de la commune nécessite des travaux d'assainissement, notamment qu'elle n'est pas pourvue d'eau potable de bonne qualité ou en quantité suffisante, ou bien que les eaux usées y restent stagnantes, le préfet, après une mise en demeure à la commune, non suivie d'effet, invite le conseil départemental d'hygiène à délibérer sur l'utilité et la nature des travaux jugés nécessaires. Le maire est mis en demeure de présenter ses observations devant le conseil départemental d'hygiène.

En cas d'avis du conseil départemental d'hygiène contraire à l'exécution des travaux ou de réclamation de la part de la commune, le préfet transmet la délibération du conseil au ministre de l'intérieur, qui, s'il le juge à propos, soumet la question au comité consultatif d'hygiène publique de France. Celui-ci procède à une enquête dont les résultats sont affichés dans la commune.

Sur les avis du conseil départemental d'hygiène et du comité consultatif d'hygiène publique, le préfet met la commune en demeure de dresser le projet et de procéder aux travaux.

Si, dans le mois qui suit cette mise en demeure, le conseil municipal ne s'est pas engagé à y déférer, ou si, dans les trois mois, il n'a pris aucune mesure en vue de l'exécution des travaux, un décret du président de la République, rendu en Conseil d'État, ordonne ces travaux, dont il détermine les conditions d'exécution. La dépense ne pourra être mise à la charge de la commune que par une loi.

Le conseil général statue, dans des conditions prévues par l'article 46 de la loi du 10 août 1871, sur la participation du département aux dépenses des travaux ci-dessus spécifiés.

Art. 10. — Le décret déclarant d'utilité publique le captage d'une source pour le service d'une commune déterminera, s'il y a lieu, en même temps que les terrains à acquérir en pleine propriété, un périmètre de protection contre la pollution de ladite source. Il est interdit d'épandre sur les terrains compris dans ce périmètre des engrais humains et d'y forer des puits sans l'autorisation du préfet. L'indemnité qui pourra être due au propriétaire de ces terrains sera déterminée suivant les formes de la loi du 3 mai 1841 sur l'expropriation pour cause d'utilité publique, comme pour les héritages acquis en pleine propriété.

Ces dispositions sont applicables aux puits ou galeries fournissant de l'eau potable empruntée à une nappe souterraine.

Le droit à l'usage d'une source d'eau potable implique, pour la commune qui la possède, le droit de curer cette source, de la couvrir et de la garantir contre toutes les causes de pollution, mais non celui d'en dévier le cours par des tuyaux ou rigoles. Un règlement d'administration publique déterminera, s'il y a lieu, les conditions dans lesquelles le droit à l'usage pourra s'exercer.

L'acquisition de tout ou partie d'une source d'eau potable par la commune dans laquelle elle est située peut être déclarée d'utilité publique par arrêté préfectoral, quand le débit à acquérir ne dépasse pas deux litres par seconde.

Cet arrêté est pris sur la demande du conseil municipal et l'avis du conseil d'hygiène du département. Il doit être précédé de l'enquête prévue par l'ordonnance du 23 août 1835. L'indemnité d'expropriation est réglée dans les formes prescrites par l'article 16 de la loi du 21 mai 1836.

CHAPITRE II

Mesures sanitaires relatives aux immeubles.

Art. 11. — Dans les agglomérations de 20.000 habitants et au-dessus, aucune habitation ne peut être construite sans un permis du maire constatant que, dans le projet qui lui a été soumis, les conditions de salubrité prescrites par le règlement sanitaire, prévu à l'article 1er, sont observées.

A défaut par le maire de statuer dans le délai de vingt jours, à partir du dépôt à la mairie de la demande de construire dont il sera délivré récépissé, le propriétaire pourra se considérer comme autorisé à commencer les travaux.

L'autorisation de construire peut être donnée par le préfet en cas de refus du maire.

Si l'autorisation n'a pas été demandée ou si les prescriptions du règlement sanitaire n'ont pas été observées, il est dressé procès-verbal. En cas d'inexécution de ces prescriptions, il est procédé conformément aux dispositions de l'article suivant.

Art. 12. — Lorsqu'un immeuble, bâti ou non, attenant ou non à la voie publique, est dangereux pour la santé des occupants ou des voisins, le maire ou, à son défaut, le préfet, invite la commission sanitaire prévue par l'article 20 de la présente loi à donner son avis :

1° Sur l'utilité et la nature des travaux ;

2° Sur l'interdiction d'habitation de tout ou partie de l'immeuble jusqu'à ce que les conditions d'insalubrité aient disparu.

Le rapport du maire est déposé au secrétariat de la mairie à la disposition des intéressés.

Les propriétaires, usufruitiers ou usagers sont avisés, au moins quinze jours d'avance, à la diligence du maire et par lettre recommandée, de la réunion de la commission sanitaire, et ils produisent, dans ce délai, leurs observations.

Ils doivent, s'ils en font la demande, être entendus par la commission, en personne ou par mandataire, et ils sont appelés aux visites et constatations de lieux.

En cas d'avis contraire aux propositions du maire, cet avis est transmis au préfet qui saisit, s'il y a lieu, le conseil départemental d'hygiène.

Le préfet avise les intéressés, quinze jours au moins d'avance, par lettre recommandée, de la réunion du conseil départemental d'hygiène et les invite à produire leurs observations dans ce délai. Ils peuvent prendre communication de l'avis de la commission sanitaire, déposé à la préfecture, et se présenter, en personne ou par mandataire, devant le conseil ; ils sont appelés aux visites et constatations de lieux.

L'avis de la commission sanitaire ou celui du conseil d'hygiène fixe le délai dans lequel les travaux doivent être exécutés ou dans lequel l'immeuble cessera d'être habité en totalité ou en partie. Ce délai ne commence à courir qu'à partir de l'expiration du délai de recours ouvert aux intéressés par l'article 13 ci-après ou de la notification de la décision définitive intervenue sur le recours.

Dans le cas où l'avis de la commission n'a pas été contesté par le maire, ou, s'il a été contesté, après notification par le préfet de l'avis du conseil départemental d'hygiène, le maire prend un arrêté ordonnant les travaux nécessaires ou portant interdiction d'habiter, et il met le propriétaire en demeure de s'y conformer dans le délai fixé.

L'arrêté portant interdiction d'habiter devra être revêtu de l'approbation du préfet.

Art. 13. — Un recours est ouvert aux intéressés contre l'arrêté du maire devant le conseil de conseil de préfecture, dans le délai d'un mois à dater de la notification de l'arrêté. Ce recours est suspensif.

Art. 14. — A défaut de recours contre l'arrêté du maire ou si l'arrêté a été maintenu, les intéressés qui n'ont pas exécuté, dans le délai imparti, les travaux jugés nécessaires sont traduits devant le tribunal de simple police, qui autorise le maire à faire exécuter les travaux d'office, à leurs frais, sans préjudice de l'application de l'article 471, paragraphe 15, du Code pénal.

En cas d'interdiction d'habitation, s'il n'y a pas été fait droit, les intéressés sont passibles d'une amende de 16 francs à 500 francs et traduits devant le tribu-

nal correctionnel, qui autorise le maire à faire expulser, à leurs frais, les occupants de l'immeuble.

Art. 15. — La dépense résultant de l'exécution des travaux est garantie par un privilège sur les revenus de l'immeuble, qui prend rang après les privilèges énoncés aux articles 2101 et 2103 du Code civil.

Art. 16. — Toutes ouvertures pratiquées pour l'exécution des mesures d'assainissement, prescrites en vertu de la présente loi, sont exemptes de la contribution des portes et fenêtres pendant cinq années consécutives, à partir de l'achèvement des travaux.

Art. 17. — Lorsque, par suite de l'exécution de la présente loi, il y aura lieu à la résiliation des baux, cette résiliation n'emportera, en faveur des locataires, aucuns dommages et intérêts.

Art. 18. — Lorsque l'insalubrité est le résultat de causes extérieures et permanentes, ou lorsque les causes d'insalubrité ne peuvent être détruites que par des travaux d'ensemble, la commune peut acquérir, suivant les formes et après l'accomplissement des formalités prescrites par la loi du 3 mai 1841, la totalité des propriétés comprises dans le périmètre des travaux.

Les portions de ces propriétés qui, après assainissement opéré, resteraient en dehors des alignements arrêtés pour les nouvelles constructions, pourront être revendues aux enchères publiques, sans que les anciens propriétaires ou leurs ayants droit puissent demander l'application des articles 60 et 61 de la loi du 3 mai 1841, si les parties restantes ne sont pas d'une étendue ou d'une forme qui permette d'y élever des constructions salubres.

TITRE II

De l'administration sanitaire.

Art. 19. — Si le préfet, pour assurer l'exécution de la présente loi, estime qu'il y a lieu d'organiser un service de contrôle et d'inspection, il ne peut y être procédé qu'ensuite d'une délibération du conseil général réglementant les détails et le budget du service.

Dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus, et dans les communes d'au moins 2.000 habitants qui sont le siège d'un établissement thermal, il sera institué, sous le nom de bureau d'hygiène, un service municipal chargé, sous l'autorité du maire, de l'application des dispositions de la présente loi.

Art. 20. — Dans chaque département, le conseil général, après avis du conseil d'hygiène départemental, délibère, dans les conditions prévues par l'article 48, paragraphe 5, de la loi du 10 août 1871, sur l'organisation du service de l'hygiène publique dans le département, notamment sur la division du département en circonscriptions sanitaires et pourvues chacune d'une commission sanitaire, sur la composition, le mode de fonctionnement, la publication des travaux et les dépenses du conseil départemental et des commissions sanitaires.

A défaut par le conseil général de statuer, il y sera pourvu par un décret en forme de règlement d'administration publique.

Le conseil d'hygiène départemental se composera de dix membres au moins et de quinze au plus. Il comprendra nécessairement deux conseillers généraux, élus par leurs collègues, trois médecins, dont un de l'armée de terre ou de mer, un pharmacien, l'ingénieur en chef, un architecte et un vétérinaire.

Le préfet présidera le conseil, qui nommera dans son sein, pour deux ans, un vice-président et un secrétaire chargé de rédiger les délibérations du conseil.

Chaque commission sanitaire de circonscription sera composée de cinq membres au moins et de sept au plus, pris dans la circonscription. Elle comprendra nécessairement un conseiller général, élu par ses collègues, un médecin, un architecte ou tout autre homme de l'art, et un vétérinaire.

Le sous-préfet présidera la commission, qui nommera dans son sein, pour deux ans, un vice-président et un secrétaire chargé de rédiger les délibérations de la commission.

Les membres des conseils d'hygiène et ceux des commissions sanitaires, à l'exception des conseillers généraux qui sont élus par leurs collègues, sont nommés par le préfet pour quatre ans et renouvelés par moitié tous les deux ans; les membres sortants peuvent être renommés.

Les conseils départementaux d'hygiène et les commissions sanitaires ne peuvent donner leur avis sur les objets qui leur sont soumis en vertu de la présente loi que si les deux tiers au moins de leurs membres sont présents. Ils peuvent recourir à toutes mesures d'instruction qu'ils jugent convenables.

Art. 21. — Les conseils d'hygiène départementaux et les commissions sanitaires doivent être consultés sur les objets énumérés à l'article 9 du décret du 18 décembre 1848, sur l'alimentation en eau potable des agglomérations, sur la statistique démographique et la géographie médicale, sur les règlements sanitaires communaux et généralement sur toutes les questions intéressant la santé publique, dans les limites de leurs circonscription respectives.

Art. 22 (*Loi du 7 avril 1903*). — Le préfet de la Seine a dans ses attributions, à Paris : — 1° tout ce qui concerne la salubrité des habitations et de leurs dépendances, sauf celle des logements loués en garni; — 2° la salubrité des voies privées closes ou non à leurs extrémités; — 3° le captage et la distribution des eaux; — 4° la désinfection, la vaccination et le transport des malades. Pour la désinfection et le transport des malades, il donnera suite aux demandes qui lui seraient adressées par le préfet de police.

Il nomme une commission des logements insalubres, composée de trente membres, dont quinze sur la désignation du conseil municipal de Paris. Par mesure transitoire, à chaque renouvellement par tiers de la commission qui fonctionne actuellement, le préfet nomme dix membres, dont cinq à la désignation du conseil municipal. La durée de leur mandat est de six ans, avec renouvellement par tiers tous les deux ans. A chacun de ces renouvellements, le préfet nomme dix membres, dont cinq sur la désignation du conseil municipal.

Cette commission exerce, pour toute l'étendue de la ville de Paris et dans les limites des attributions conférées au préfet de la Seine, les pouvoirs donnés aux commissions sanitaires de circonscription par la présente loi; elle est présidée par le préfet de la Seine ou son délégué.

Art. 23 (*Loi du 7 avril 1903*). — Le préfet de police a dans ses attributions, à Paris : — 1° la surveillance, au point de vue sanitaire, des logements loués en garni; — 2° les précautions à prendre pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles visées par l'article 4 de la loi, spécialement la réception des déclarations; — 3° les contraventions relatives à l'obligation de la vaccination et de la revaccination.

Il continuera à assurer la protection des enfants du premier âge, la police sanitaire des animaux, la police de la médecine et de la pharmacie, l'application des lois et règlements concernant la vente et la mise en vente de denrées alimentaires falsifiées ou corrompues, le fonctionnement du laboratoire municipal de chimie,

la réglementation des établissements classés comme dangereux, insalubres ou incommodes, tant à Paris que dans les communes du département de la Seine.

Art. 24 (*Loi du 7 avril 1903*). — Le préfet de la Seine et le préfet de police sont assistés, chacun dans la limite de ses attributions sanitaires et sous sa présidence, par le conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine dont la composition est fixée comme il suit : — le préfet de la Seine et le préfet de police, présidents; deux vice-présidents pris en dehors des membres de droit, nommés annuellement sur la présentation du conseil d'hygiène, et deux secrétaires administratifs; dix-neuf membres à raison de leurs fonctions : le doyen, le professeur d'hygiène et le professeur de médecine légale de la faculté de médecine de Paris, le directeur de l'école supérieure de pharmacie de Paris; le président du comité technique de santé de Paris; le directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris; le secrétaire général de la préfecture de la Seine; l'inspecteur général de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation, chargé des services techniques du bureau d'hygiène de la ville de Paris; le directeur des affaires départementales; le directeur administratif des services municipaux d'architecture; l'ingénieur en chef du service des eaux et de l'assainissement; l'ingénieur des ponts et chaussées, chargé du service ordinaire du département; le secrétaire général de la préfecture de police; l'ingénieur en chef des mines chargé du service des machines à vapeur de la Seine; le chef de la 2e division de la préfecture de police; l'architecte en chef de la préfecture de police; le chef du service de sanitaire vétérinaire de la Seine; le chef de bureau de l'hygiène de la préfecture de police ; l'inspecteur divisionnaire du travail; — Vingt-quatre membres titulaires nommés par le ministre de l'intérieur, sur la présentation du conseil d'hygiène; — trois membres du conseil général de la Seine et trois membres du conseil municipal de Paris, élus par leurs collègues; — six membres choisis par le ministre de l'intérieur, soit parmi les représentants de la Seine dans les différentes assemblées électives, soit parmi les personnes qualifiées par leur compétence.

Le conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine remplira les attributions données au conseil départemental d'hygiène par la présente loi.

Les commissions d'hygiène des arrondissements de Paris continueront à exercer leurs fonctions sous l'autorité et dans les limites des attributions conférées par la présente loi au préfet de police.

Les conseils ou commissions d'hygiène dans le département de la Seine, en dehors de Paris, exercent les pouvoirs donnés aux commissions sanitaires de circonscription par la présente loi, sous l'autorité soit du préfet de la Seine, soit du préfet de police suivant qu'elles ont à traiter d'affaires ressortissant à l'une ou à l'autre de leurs administrations. Les maires des communes, autres que Paris, exercent les attributions sanitaires sous l'autorité soit du préfet de la Seine, soit du préfet de police, suivant les distinctions faites dans les deux articles précédents. Le préfet de police continuera à appliquer dans les communes du département de la Seine, autres que Paris, les attributions de police sanitaire dont il est actuellement investi.

Art. 25 (*Lois du 29 janvier 1906 et du 25 novembre 1908*). — Le conseil supérieur d'hygiène publique de France délibère sur toutes les questions intéressant l'hygiène publique, l'exercice de la médecine et de la pharmacie, les conditions d'exploitation ou de vente des eaux minérales, sur lesquelles il est consulté par le gouvernement.

Il est nécessairement consulté sur les travaux publics d'assainissement ou d'a-

menée d'eau d'alimentation des villes de plus de 5.000 habitants et sur le classement des établissements insalubres, dangereux ou incommodes.

Il est spécialement chargé du contrôle de la surveillance des eaux captées en dehors des limites de leur département respectif, pour l'alimentation des villes.

Le conseil supérieur d'hygiène publique de France comprend des membres de droit qui sont :

Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur ; le directeur de l'administration départementale et communale au ministère de l'intérieur ; le directeur du contrôle et de la comptabilité au ministère de l'intérieur ; les conseillers techniques sanitaires du ministère de l'intérieur ; deux inspecteurs généraux des services administratifs au ministère de l'intérieur désignés par le ministre ; — un représentant du ministère des affaires étrangères ; un représentant du ministère du commerce et de l'industrie ; un représentant du ministère des finances ; un représentant du ministère de l'instruction publique ; un représentant du ministère des travaux publics ; le directeur du travail au ministère du travail et de la prévoyance sociale ; le directeur de l'hydraulique et des améliorations agricoles au ministère de l'agriculture ; le président du comité technique de santé de l'armée ; le directeur du service de santé de l'armée ; le président du conseil supérieur de santé de la marine ; le président du conseil supérieur de santé au ministère des colonies ; le directeur de la carte géologique de France ; le doyen de la faculté de médecine de Paris : le directeur de l'école de pharmacie de Paris ; l'inspecteur général des écoles vétérinaires ; les professeurs d'hygiène des facultés de médecine de Paris, Lyon, Bordeaux, Lille, Nancy, Toulouse, Montpellier et des écoles de médecine et de pharmacie de plein exercice d'Alger, Marseille, Nantes et Rennes ; les professeurs d'hygiène et d'épidémiologie de l'école d'application du service de santé militaire ; le président de la chambre de commerce de Paris ; le directeur de l'administration générale de l'assistance publique à Paris ; le vice-président du conseil de surveillance de l'assistance publique de Paris ; les vice-présidents du conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine ; l'inspecteur général des services d'hygiène de la ville de Paris ; l'ingénieur en chef du service technique des eaux et de l'assainissement de la ville de Paris ; l'inspecteur général des services techniques de la préfecture de police ; les présidents honoraires du conseil supérieur d'hygiène publique de France et les conseillers techniques sanitaires honoraires du ministère de l'intérieur.

Cinq membres nommés par le ministre sur une liste triple de présentation dressée par l'académie des sciences, l'académie de médecine, le conseil d'État, la cour de cassation, le conseil supérieur de l'assistance publique de France.

Deux membres, l'un ouvrier, l'autre patron nommés par le ministre sur deux listes triples de présentation dressés par le conseil supérieur du travail.

Quinze membres délégués par le ministre parmi les médecins, hygiénistes, ingénieurs, chimistes, légistes, etc.

Un décret d'administration publique réglementera le fonctionnement du conseil supérieur d'hygiène de France, la nomination des auditeurs et la constitution d'une section permanente.

Un décret rendu dans la même forme pourra modifier la composition du conseil supérieur d'hygiène publique de France, en ce qui concerne les membres de droit, lorsque ces modifications seront nécessitées par des changements apportés à l'organisation administrative des différents départements ministériels.

TITRE III
Dépenses.

26. Les dépenses rendues nécessaires par la présente loi, notamment celles causées par la destruction des objets mobiliers, sont obligatoires. En cas de contestation sur leur nécessité, il est statué par décret rendu en conseil d'État.

Ces dépenses seront réparties entre les communes, les départements et l'État, suivant les règles fixées per les articles 27, 28 et 29 de la loi du 15 juillet 1893.

Toutefois, les dépenses d'organisation du service de la désinfection dans les villes de 20,000 habitants et au-dessus sont supportées par les villes et par l'État, dans les proportions établies au barème du tableau A, annexé à la loi du 15 juillet 1893. Les dépenses d'organisation du service départemental de la désinfection sont supportées par les départements et par l'État, dans les proportions établies au barème du tableau B.

Des taxes seront établies par un règlement d'administration publique pour le remboursement des dépenses relatives à ce service.

A défaut par les villes et les départements d'organiser les services de la désinfection et les bureaux d'hygiène et d'en assurer le fonctionnement dans l'année qui suivra la mise à exécution de la présente loi, il y sera pourvu par des décrets en forme de règlements d'administration publique.

TITRE IV
Pénalités.

Art. 27. — Sera puni des peines portées à l'article 471 du Code pénal quiconque, en dehors des cas prévus par l'artice 21 du 30 novembre 1892, aura commis une contravention aux prescriptions des règlements sanitaires prévus aux articles 1 et 2, ainsi qu'à celles des articles 5, 6, 7, 8 et 14.

Celui qui aura construit une habitation sans le permis du maire sera puni d'une amende de 16 francs à 500 francs.

Art. 28. — Quiconque, par négligence ou incurie, dégradera des ouvrages publics ou communaux destinés à recevoir ou à conduire des eaux d'alimentation ; quiconque, par négligence ou incurie, laissera introduire des matières excrémentielles, ou toute autre matière susceptible de nuire à la salubrité, dans l'eau des sources, des fontaines, des puits, citernes, conduites, aqueducs, réservoirs d'eau servant à l'alimentation publique, sera puni des peines portées aux articles 479 et 480 du Code pénal.

Est interdit, sous les mêmes peines, l'abandon de cadavres d'animaux, de débris de boucherie, fumier, matières fécales et, en général, de résidus d'animaux putrescibles dans les failles, gouffres, bétoires ou excavations de toute nature autres que les fosses nécessaires au fonctionnement d'établissements classés.

Tout acte volontaire de même nature sera puni des peines portées à l'article 257 du Code pénal.

Art. 29. — Seront punis d'une amende de 100 francs à 500 francs et, en cas de récidive, de 500 francs à 1.000 francs tous ceux qui auront mis obstacle à l'accomplissement des devoirs des maires et des membres délégués des commissions sanitaires, en ce qui touche l'application de la présente loi.

Art. 30. — L'article 463 du Code pénalest applicable dans tous les cas prévus par la présente loi. Il est également applicable aux infractions punies des peines correctionnelles par la loi du 3 mars 1822.

TITRE V

Dispositions diverses.

Art. 31. — La loi du 13 avril 1850 est abrogée, ainsi que toutes les dispositions et lois antérieures, contraires à la présente loi.

Les conseils départementaux d'hygiène et les conseils d'hygiène d'arrondissement actuellement existants continueront à fonctionner jusqu'à leur remplacement par les conseils départementaux d'hygiène et les commissions sanitaires de circonscription organisés en exécution de la présente loi.

Art. 32. — La présente loi n'est pas applicable aux ateliers et manufactures.

Art. 33. — Des règlements d'administration publique détermineront les conditions d'organisation et de fonctionnement des bureaux d'hygiène et du service de désinfection, ainsi que les conditions d'application de la présente loi à l'Algérie et aux colonies de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Réunion.

Art. 34. — La présente loi ne sera exécutée qu'un an après sa promulgation.

DÉCRET

édictant des mesures exceptionnelles en vue de prévenir et de combattre la propagation des maladies infectieuses.

Du 14 août 1914.

Article premier. — Tout département est divisé, pour l'exécution du présent décret, en circonscriptions sanitaires. Une circonscription peut ne comprendre qu'une commune ou une fraction de commune. Chaque circonscription est dirigée par un médecin délégué sous l'autorité du préfet et du délégué départemental dont la création est prévue à l'article 10. Dans les communes où existe un bureau municipal d'hygiène le délégué de la circonscription est le directeur de ce bureau.

Art. 2. — Tout médecin ou tout chef de famille, tout logeur ayant eu connaissance d'un cas de l'une des maladies suivantes : fièvre typhoïde, typhus exanthématique, variole et varioloïde, scarlatine, diphtérie, suette miliaire, choléra et maladies cholériformes, peste, fièvre jaune, dysenterie, infections puerpérales et ophtalmie des nouveau-nés, méningite cérébro-spinale, est tenu d'en faire sans délai la déclaration à la mairie.

Cette déclaration est communiquée d'urgence par le maire au délégué de la circonscription sanitaire et au sous-préfet (préfet pour l'arrondissement chef-lieu).

Art. 3. — Lorsque le délégué a connaissance qu'un cas d'une des maladies visées par l'article précédent n'a pas été déclaré et n'est pas soigné par un médecin, il visite lui-même le malade.

Art. 4. — Le délégué apprécie dans chaque cas s'il y a lieu à désinfection.

Dans l'affirmative, il la fait exécuter lui-même, ou requiert le service municipal ou départemental de désinfection.

Art. 5. — Le délégué apprécie en outre si le malade doit être isolé.

Si l'isolement peut être assuré à domicile, il fixe les conditions et la durée de cet isolement.

Dans le cas contraire, il ordonne d'office le transport du malade dans un établissement hospitalier ; il requiert à cet effet les moyens de transport et veille à la désinfection de ceux-ci ; il fixe à l'établissement hospitalier les conditions dans

lesquelles le malade doit être isolé ; à défaut de l'établissement hospitalier susceptible de recevoir le malade, il requiert tel local où l'isolement et les soins pourront être assurés.

Lorsqu'il s'agit de maladies qui peuvent être transmises par des individus sains ou convalescents, porteurs de germes, diphtérie, fièvre typhoïde, méningite cérébro-spinale, dysenterie, le délégué recherche ces porteurs sains ou convalescents et propose au préfet les mesures d'isolement nécessaires à leur égard.

Art. 6. — Lorsqu'un cas de variole se produit à l'intérieur ou dans le voisinage de sa circonscription, le délégué de circonscription assure, s'il y a lieu, l'isolement des malades ou des suspects pendant la durée de la période contagieuse ; il procède ou fait procéder d'urgence et d'autorité à la revaccination de façon à immuniser la population.

Dans le cas où la vaccination serait refusée, il transmet ses propositions au préfet et à l'autorité militaire aux fins d'isolement.

En ce qui concerne la fièvre typhoïde, il ordonne de prendre toutes les mesures pour empêcher la contamination des eaux, du lait et des autres aliments ; il requiert d'urgence la fermeture des puits susceptibles d'être contaminés.

Il conseille la vaccination antityphoïdique.

Il fait procéder d'urgence à la désinfection par le lait de chaux, chaux vive, etc., des terrains sur lesquels auraient été déposées des matières fécales, notamment les terrains qui constituent le périmètre de protection des sources.

Art. 7. — Le délégué veille à la stricte exécution du règlement sanitaire municipal dans chaque commune de sa circonscription et requiert le maire de prendre les mesures nécessaires.

Dans le cas où cette réquisition resterait sans effet, il en réfère aussitôt au préfet et à l'autorité militaire.

Art. 8. — Si les circonstances exigent l'application de mesures non prévues audit règlement ou au présent décret, le délégué de circonscription en réfère, par l'intermédiaire du délégué départemental, au préfet et à l'autorité militaire qui statuent sur l'avis du délégué départemental.

Art. 9. — Le délégué de circonscription signale d'urgence au délégué départemental tous les incidents sanitaires importants qui se produisent dans sa circonscription.

Il lui adresse, en outre, périodiquement un état détaillé de ses tournées et visites, ainsi que des mesures générales ou particulières qu'il a prises.

Art. 10. — Il est nommé dans chaque département un délégué départemental ou, si l'étendue du département et la difficulté des moyens de communication l'exigent, deux ou plusieurs délégués départementaux.

Chacun d'eux, dans la partie du département qui lui est affectée, a pour mission de concentrer tous les renseignements d'ordre sanitaire, de se tenir en rapport constant avec les délégués des circonscriptions, de veiller à la bonne marche du service, de contrôler l'exécution des mesures prises. En cas d'absence, d'indisponibilité ou de défaillance d'un délégué de circonscription, il peut, après avoir avisé celui-ci de son intervention, se substituer à lui pour ordonner d'urgence les mesures nécessaires. Il s'entend, s'il y a lieu, avec les délégués départementaux des régions limitrophes pour échanger des renseignements ou pour exercer une action commune.

Il tient le préfet et l'autorité militaire constamment au courant des incidents sanitaires essentiels qui se produisent dans le département.

Art. 11. — Les dépenses exceptionnelles et urgentes résultant des mesures pré-

vues au présent décret et engagées en dehors du fonctionnement normal des services institués pour l'application de la loi du 15 février 1902 sont à la charge de l'État.

Des avances peuvent être mises à la disposition des délégués de circonscription et des délégués départementaux pour les dépenses urgentes.

Art. 12. — Les indemnités allouées aux délégués des circonscriptions et aux délégués départementaux, ainsi que les frais d'administration, sont fixés, sur le rapport du délégué départemental et la proposition du préfet, par le ministre de l'Intérieur.

Art. 13. — Les délégués des circonscriptions et les délégués départementaux sont désignés par arrêté préfectoral contresigné par l'autorité militaire.

Art. 14. — A Paris et dans les communes du département de la Seine, les dispositions du présent décret sont appliquées par les préfets de la Seine et de police dans la limite de leurs attributions respectives et assurées, en ce qui concerne les attributions du préfet de police, par le personnel médical du service des épidémies, institué dans le département de la Seine en exécution des lois du 15 février 1902 et 7 avril 1903.

LOI

relative à la protection des enfants du premier âge et, en particulier, des nourrissons.

Du 23 décembre 1874.

Article premier. — Tout enfant, âgé de moins de deux ans, qui est placé, moyennant salaire, en nourrice, en sevrage ou en garde hors du domicile de ses parents devient, par ce fait, l'objet d'une surveillance de l'autorité publique, ayant pour but de protéger sa vie et sa santé.

Art. 2. — La surveillance instituée par la présente loi est confiée, dans le département de la Seine, au préfet de police, et, dans les autres départements, aux préfets.

Ces fonctionnaires sont assistés d'un comité ayant pour mission d'étudier et de proposer les mesures à prendre, et composé comme il suit :

Deux membres du Conseil général, désignés par ce Conseil ;

Dans le département de la Seine, le directeur de l'Assistance publique, et, dans les autres départements, l'inspecteur du service des enfants assistés ;

Six autres membres nommés par le préfet, dont un pris parmi les médecins membres du conseil départemental d'hygiène publique, et trois pris parmi les administrateurs des sociétés légalement reconnues qui s'occupent de l'enfance, notamment des sociétés protectrices de l'enfance, des sociétés de charité maternelle, des crèches ou des sociétés des crèches, ou, à leur défaut, parmi les membres des commissions administratives des hospices et des bureaux de bienfaisance.

Des commissions locales sont instituées par un arrêté du préfet, après avis du comité départemental, dans les parties du département où l'utilité en sera reconnue, pour concourir à l'application des mesures de protection des enfants et de surveillance des nourrices et gardeuses d'enfants.

Deux mères de famille font partie de chaque commission locale.

Les fonctions instituées par le présent article sont gratuites.

Art. 3. — Il est institué par le ministère de l'intérieur un comité supérieur de protection des enfants du premier âge, qui a pour mission de réunir et coordonner les documents transmis par les comités départementaux, d'adresser chaque année au ministre un rapport sur les travaux de ces comités, sur la mortalité des enfants et sur les mesures les plus propres à assurer et étendre les bienfaits de la loi, et de proposer, s'il y a lieu, d'accorder des récompenses honorifiques aux personnes qui se sont distinguées par leur dévouement et leurs services.

Un membre de l'Académie de médecine, désigné par cette Académie, les présidents de la société protectrice de l'enfance de Paris, de la société de charité maternelle et de la société des crèches, font partie de ce comité.

Les autres membres, au nombre de sept, sont nommés par décret du président de la République.

Les fonctions de membre de ce comité supérieur sont gratuites.

Art. 4. — Il est publié chaque année, par les soins du ministre de l'intérieur, une statistique détaillée de la mortalité des enfants du premier âge et, spécialement, des enfants placés en nourrice, en sevrage ou en garde.

Le ministre adresse, en outre, chaque année, au président de la République un rapport officiel sur l'exécution de la présente loi.

Art. 5. — Dans les départements où l'utilité d'établir une inspection médicale des enfants en nourrice, en sevrage ou en garde est reconnue par le ministre de l'intérieur, le comité supérieur consulté, un ou plusieurs médecins sont chargés de cette inspection.

La nomination de ces inspecteurs appartient aux préfets.

Art. 6. — Sont soumis à la surveillance instituée par la présente loi : toute personne ayant un nourrisson ou un ou plusieurs enfants en sevrage ou en garde, placés chez elle moyennant salaire; les bureaux de placement et tous les intermédiaires qui s'emploient au placement des enfants en nourrice, en sevrage ou en garde.

Le refus de recevoir la visite du médecin inspecteur, du maire de la commune ou de toutes autres personnes déléguées ou autorisées en vertu de la présente loi est puni d'une amende de cinq à quinze francs (5 à 15 fr.).

Un emprisonnement de un à cinq jours peut être prononcé si le refus dont il s'agit est accompagné d'injures ou de violences.

Art. 7. — Toute personne qui place un enfant en nourrice, en sevrage ou en garde, moyennant salaire, est tenue, sous les peines portées par l'article 346 du Code pénal, d'en faire la déclaration à la mairie de la commune où a été faite la déclaration de naissance de l'enfant, ou à la mairie de la résidence actuelle du déclarant, en indiquant, dans ce cas, le lieu de la naissance de l'enfant, et de remettre à la nourrice ou à la gardeuse un bulletin contenant un extrait de l'acte de naissance de l'enfant qui lui est confié.

Art. 8. — Toute personne qui veut se procurer un nourrisson ou un ou plusieurs enfants en sevrage ou en garde est tenue de se munir préalablement des certificats exigés par les règlements pour indiquer son état civil et justifier de son aptitude à nourrir ou à recevoir des enfants en sevrage ou en garde.

Toute personne qui veut se placer comme nourrice sur lieu est tenue de se munir d'un certificat du maire de sa résidence, indiquant si son dernier enfant est vivant et constatant qu'il est âgé de sept mois révolus ou, s'il n'a pas atteint cet âge, qu'il est allaité par une autre femme remplissant les conditions qui seront déterminées par le règlement d'administration publique prescrit par l'article 12 de la présente loi.

Toute déclaration ou énonciation reconnue fausse dans lesdits certificats entraîne l'application au certificateur des peines portées au paragraphe 1er de l'article 155 du Code pénal.

Art. 9. — Toute personne qui a reçu chez elle, moyennant salaire, un nourrisson ou un enfant en sevrage ou en garde est tenue, sous les peines portées à l'article 346 du Code pénal :

1° D'en faire la déclaration à la mairie de la commune de son domicile dans les trois jours de l'arrivée de l'enfant et de remettre le bulletin mentionné en l'article 7 ;

2° De faire, en cas de changement de résidence, la même déclaration à la mairie de sa nouvelle résidence ;

3° De déclarer, dans le même délai, le retrait de l'enfant par ses parents ou la remise de cet enfant à une autre personne, pour quelque cause que cette remise ait lieu ;

4° En cas de décès de l'enfant, de déclarer ce décès dans les vingt-quatre heures.

Après avoir inscrit ces déclarations au registre mentionné à l'article suivant, le maire en donne avis, dans le délai de trois jours, au maire de la commune où a été faite la déclaration prescrite par l'article 7.

Le maire de cette dernière commune donne avis, dans le même délai, des déclarations prescrites par les nos 2, 3, 4 ci-dessus, aux auteurs de la déclaration de mise en nourrice, en sevrage ou en garde.

Art. 10. — Il est ouvert dans les mairies un registre spécial pour les déclarations ci-dessus prescrites.

Ce registre est coté, paraphé et vérifié tous les ans par le juge de paix. Ce magistrat fait un rapport annuel au procureur de la République, qui le transmet au préfet, sur les résultats de cette vérification.

En cas d'absence ou de tenue irrégulière du registre, le maire est passible de la peine édictée à l'article 50 du Code civil.

Art. 11. — Nul ne peut ouvrir ou diriger un bureau de nourrices, ni exercer la profession d'intermédiaire pour le placement des enfants en nourrice, en sevrage ou en garde, et le louage des nourrices, sans en avoir obtenu l'autorisation préalable du préfet de police dans le département de la Seine, ou du préfet dans les autres départements.

Toute personne qui exerce sans autorisation l'une ou l'autre de ces professions ou qui néglige de se conformer aux conditions de l'autorisation ou aux prescription des règlements est punie d'une amende de seize francs à cent francs (16 fr. à 100 fr.). En cas de récidive, la peine d'emprisonnement prévue par l'article 480 du Code pénal peut être prononcée.

Ces mêmes peines sont applicables à toute sage-femme ou à tout autre intermédiaire qui entreprend, sans autorisation, de placer des enfants en nourrice, en sevrage ou en garde.

Si, par suite de la contravention ou par suite d'une négligence de la part d'une nourrice ou d'une gardeuse, il est résulté un dommage pour la santé d'un ou de plusieurs enfants, la peine d'emprisonnement de un à cinq jours peut être prononcée.

En cas de décès d'un enfant, l'application des peines portées à l'article 319 du Code pénal peut être prononcée.

Art. 12. — Un règlement d'administration publique déterminera :

1° Les modes d'organisation du service de surveillance institué par la présente

loi ; l'organisation de l'inspection médicale, les attributions et les devoirs des médecins inspecteurs, le traitement de ces inspecteurs, les attributions et devoirs de toutes les personnes chargées des visites ;

2° Les obligations imposées aux nourrices, aux directeurs des bureaux de placement et à tous les intermédiaires du placement des enfants ;

3° La forme des déclarations, registres, certificats des maires et des médecins et autres pièces exigées par les règlements.

Le préfet peut, après avis du comité départemental, prescrire, par un règlement particulier, des dispositions en rapport avec les circonstances et les besoins locaux.

Art. 13. — En dehors des pénalités spécifiées dans les articles précédents, toute infraction aux dispositions de la présente loi et des règlements d'administration publique qui s'y rattachent est punie d'une amende de cinq à quinze francs (5 fr. à 15 fr.).

Sont applicables à tous les cas prévus par la présente loi le dernier paragraphe de l'article 463 du Code pénal et les articles 482, 483 du même code.

Art. 14. — Les mois de nourrice dus par les parents ou par toute autre personne font partie des créances privilégiées et prennent rang entre les nos 3 et 4 de l'article 2101 du Code civil.

Art. 15. — Les dépenses auxquelles l'exécution de la présente loi donnera lieu sont mises, par moitié, à la charge de l'État et des départements intéressés.

La portion à la charge des départements est supportée par les départements d'origine des enfants et par ceux où les enfants sont placés en nourrice, en sevrage ou en garde, proportionnellement au nombre desdits enfants.

Les bases de cette répartition sont arrêtées tous les trois ans par le ministre de l'intérieur.

Pour la première fois, la répartition sera faite d'après le nombre des enfants en nourrice, en sevrage ou en garde existant dans chaque département au moment de la promulgation de la présente loi.

LOI

sur le service des enfants assistés.

Du 27 juin 1904.

TITRE PREMIER

Définitions.

Article premier.— Sont qualifiés enfants, pour l'exécution de la présnte loi, les mineurs de l'un et de l'autre sexe placés sous la protection ou sous la tutelle de l'assistance publique.

Art. 2. — Le service des enfants assistés comprend :

1° Les enfants dits secourus et en dépôt, qui sont sous la protection de l'autorité publique ;

2° Les enfants en garde, qui sont également sous la protection de l'autorité publique ;

3° Les enfants trouvés, les enfants abandonnés, les orphelins pauvres, les enfants maltraités, délaissés ou moralement abandonnés ; ces enfants sont placés sous la tutelle de l'autorité publique et dits pupilles de l'assistance.

Art. 3 *(Loi du 22 avril 1905)*. — Est dit enfant secouru :

L'enfant que son père, sa mère ou ses ascendants ne peuvent nourrir ni élever, faute de ressources, et pour lequel est accordé le secours temporaire, institué en vue de prévenir son abandon.

Art. 4. — Est dit enfant en dépôt :

L'enfant qui, laissé sans protection ni moyens d'existence, par suite de l'hospitalisation ou de la détention de ses père, mère ou ascendants, est recueilli, temporairement, dans le service des enfants assistés.

Art. 5. — Est dit enfant en garde l'enfant dont la garde a été confiée, par les tribunaux, à l'assistance publique, en exécution des articles 4 et 5 de la loi du 19 avril 1898.

Art. 6. Est dit pupille de l'assistance :

1° L'enfant qui, né de père et mère inconnus, a été trouvé dans un lieu quelconque ou porté dans un établissement dépositaire (enfant trouvé) ;

2° L'enfant qui, né de père ou de mère connus, en est délaissé sans qu'on puisse recourir à eux ou à leurs ascendants (enfant abandonné) ;

3° L'enfant qui, n'ayant ni père, ni mère, ni ascendants auxquels on puisse recourir, n'a aucun moyen d'existence (orphelin pauvre) ;

4° L'enfant dont les parents ont été déclarés déchus de la puissance paternelle, en vertu du titre Ier de la loi du 24 juillet 1889 (enfant maltraité, enfant délaissé ou moralement abandonné) ;

5° L'enfant admis dans le service des enfants assistés, en vertu du titre II de la loi du 24 juillet 1889.

TITRE II

Enfants secourus.

Art. 7 *(Loi du 22 avril 1905)*. — Dans les conditions prévues à l'article 3 ci-dessus, un secours est accordé pour permettre que l'enfant soit gardé et nourri ou placé en nourrice.

Ce secours peut être mandaté au nom de la nourrice.

Le mode, la quotité, la périodicité et la durée du secours sont réglés par le conseil général.

Le secours est réduit, suspendu ou supprimé si le père, la mère ou les ascendants cessent d'être indigents, ou s'ils cessent de donner ou de faire donner les soins nécessaires à l'enfant. Il peut être maintenu lors même que le père, la mère ou les ascendants n'habitent plus le département.

En cas de légitimation de l'enfant secouru, une prime peut être accordée dont le montant est réglé par le conseil général. En ce cas, le service temporaire est continué, s'il y a lieu.

TITRE III

Pupilles de l'assistance.

SECTION PREMIÈRE

Mode d'admission.

Art. 8. — Dans chaque département, le préfet désigne, après avis conforme du conseil général, l'établissement ou les établissements où peuvent être présentés les enfants dont l'admission en qualité de pupilles de l'assistance est demandée.

La présentation a lieu dans un local ouvert le jour et la nuit et sans autre témoin que la personne préposée au service d'admission.

L'admission peut avoir lieu sur demande écrite adressée au préfet.

Art. 9. — La personne qui est de service déclare à celle qui présente l'enfant que la mère, si elle garde l'enfant, peut recevoir les secours prévus à l'article 7, et, notamment, un secours de premier besoin, qui est alloué immédiatement. Elle signale les conséquences de l'abandon, telles qu'elles résultent de l'article 22.

Si l'enfant paraît âgé de moins de sept mois et si la personne qui le présente refuse de faire connaître le nom, le lieu de la naissance, la date de la naissance de l'enfant, ou de fournir l'une de ces trois indications, acte est pris de ce refus et l'admission est prononcée. Dans ce cas, aucune enquête administrative ne sera faite.

En dehors de ce cas, lorsque les secours n'ont pas été acceptés, la personne préposée aux admissions transmet immédiatement au préfet, avec son avis, les pièces et les renseignements produits à l'appui de la demande ; toutefois, elle peut recueillir provisoirement l'enfant, si elle juge qu'il appartient à l'une des catégories définies par le 3° de l'article 2 ou par les 2° et 3° de l'article 6 et qu'on ne saurait attendre, sans péril pour lui, la décision du préfet.

Art. 10. — Dans les établissements dépositaires, les personnes préposées aux admissions sont nommées par le préfet, sur la proposition de l'inspecteur départemental. Lorsque l'établissement est un hospice, ces personnes doivent être, au préalable, agréées par la commission administrative.

SECTION II

Tutelle.

Art. 11. — La protection des enfants de toute catégorie et la tutelle des pupilles de l'assistance publique, instituées par la présente loi, sont exercées par le préfet ou par son délégué, l'inspecteur départemental.

Elles sont exercées, dans le département de la Seine, par le directeur de l'administration générale de l'assistance publique de Paris.

Art. 12. — Le tuteur est assisté d'un conseil de famille formé par une commission de sept membres, élus par le conseil général et renouvelés tous les quatre ans.

Le tuteur ou son délégué assiste aux séances du conseil ; il est entendu quand il le demande.

Art. 13 (*Loi du 18 décembre 1906*). — Les attributions du tuteur et du conseil de famille sont celles que détermine le Code civil, réserve faite, toutefois, des fonctions conférées au trésorier-payeur général et au receveur de l'assistance publique de Paris, en ce qui concerne la gestion des deniers pupillaires. Ces attributions comprennent, notamment, le droit de donner ou de refuser le consentement au mariage, à l'émancipation, à l'engagement militaire ; toutefois, il n'est pas institué de subrogé tuteur.

Dans le cas d'émancipation, le tuteur ou son délégué est seul tenu de comparaître devant le juge de paix.

L'acte d'émancipation est délivré sans frais.

Art. 14 (*Loi du 18 décembre 1906*). — Les biens du tuteur ne sont pas soumis à l'hypothèque légale, instituée par l'article 2121 du Code civil.

La gestion des deniers pupillaires est garantie par le cautionnement du comptable.

En cas d'émancipation, ce dernier remplit les fonctions de curateur.

Art. 15 (*Loi du 18 décembre 1906*). — La gestion des deniers pupillaires est confiée au trésorier-payeur général. Elle est dévolue, dans le département de la Seine, au receveur de l'assistance publique de Paris. Les sommes dues aux pupilles, à titre

de rémunération du travail se recouvrent sur des états dressés par l'inspecteur départemental et rendus exécutoires par le préfet. Les oppositions, lorsque la matière est de la compétence des tribunaux ordinaires, sont jugées comme affaires ordinaires. Les poursuites ont lieu comme en matière de contributions directes. Les règles prévues aux paragraphes précédents ne sont pas applicables aux autres créances des pupilles. Les fonds sont placés soit à la caisse nationale d'épargne, soit aux caisses d'épargne ordinaires, soit en rentes sur l'État.

Le tuteur peut autoriser, au profit du pupille, le retrait de tout ou partie des fonds appartenant à ce dernier.

Le conseil de famille pourra décider, au moment de la sortie d'un pupille du service des enfants assistés, qu'une partie, ne dépassant pas le cinquième du pécule lui appartenant, sera versée à la caisse nationale des retraites, en vue de lui constituer une pension de retraite.

Art. 16. — Les revenus des biens et capitaux appartenant au pupille, à l'exception de ceux provenant de son travail et de ses économies, sont perçus au profit du département, jusqu'à l'âge de 18 ans, à titre d'indemnité des frais d'entretien. Toutefois, sur l'avis du conseil de famille, le préfet peut faire à cet égard, au moment de la reddition des comptes, toute remise qu'il jugera équitable.

Les comptes de tutelle sont approuvés par le conseil de famille et rendus sans frais.

Art. 17. — L'enfant réclamé par ses parents peut leur être remis si le tuteur estime, après avis du conseil de famille, que la remise est dans l'intérêt de l'enfant. L'administration pourra, en outre, autoriser des remises d'essai durant lesquelles sa surveillance continuera à s'exercer pendant un an au moins; à l'expiration de ce délai, la remise deviendra définitive.

Toutefois, pour les enfants maltraités ou moralement abandonnés, cette remise ne pourra être faite aux parents déchus de la puissance paternelle qu'après l'accomplissement des formalités prescrites par les articles 15 et 16 de la loi du 24 juillet 1889.

Les parents devront rembourser, en une seule fois ou par versements mensuels échelonnés sur une ou plusieurs années, la dépense faite pour l'entretien de leur enfant, à moins que la commission départementale ou, dans le département de la Seine, une délégation du conseil général ne les exonère en tout ou partie.

Art. 18. — Toute remise de l'enfant à d'autres qu'à ses parents ou grands-parents, même quand il est confié en vue d'une adoption ultérieure, ne peut avoir lieu que sous réserve de la tutelle.

Toutefois, lorsque l'enfant a été confié pendant trois ans à un particulier à titre gratuit, ce dernier, même s'il est âgé de moins de cinquante ans et l'enfant de plus de quinze ans, peut, en obtenant le consentement du conseil de famille, devenir le tuteur officieux de l'enfant.

Le juge de paix du domicile de l'enfant dresse procès-verbal de la demande et du consentement; ces pièces et le procès-verbal sont visés pour timbre et enregistrés gratis.

SECTION III

Placements et surveillance.

Art. 19. — Le préfet, peut, après avis conforme du conseil général, déclarer, par arrêté, qu'un établissement dépositaire est installé ou cesse d'être installé dans un hospice.

Un établissement dépositaire peut être installé dans un immeuble possédé ou

loué par le département; l'installation a lieu en vertu d'un arrêté préfectoral, pris sur l'avis conforme du conseil général, après avis du conseil d'hygiène du département.

Les enfants en bas âge sont placés dans une crèche et les autres dans un quartier spécial. Les personnes chargées de surveiller et de soigner les enfants ont, seules, accès dans ces locaux.

Art. 20. — Le pupille n'est maintenu dans l'établissement dépositaire que s'il est constaté que son état de santé l'exige ou sur une décision motivée de son tuteur.

Art. 21. — Les pupilles âgés de moins de treize ans sont, sauf exception, confiés à des familles habitant la campagne.

Les frères et les sœurs sont, autant que possible, placés dans la même famille ou, au moins, dans la même commune.

Art. 22. — Le lieu du placement du pupille reste secret, sauf décision du préfet prise dans l'intérêt de l'enfant. La mère et la personne qui ont présenté l'enfant peuvent être renseignées à des époques fixes sur l'existence ou la mort de celui-ci.

Art. 23. — La rétribution de la nourrice à laquelle est confié un pupille comprend un salaire fixe et une allocation éventuelle, dite prime de survie.

Cette prime est acquise lorsque le pupille a quinze mois révolus; elle est proportionnelle au nombre de mois pendant lesquels la nourrice a gardé l'enfant.

Le nourricier qui a gardé un pupille pendant dix ans au moins, l'a élevé avec soin et envoyé régulièrement à l'école publique, peut recevoir, lorsque l'enfant a treize ans, une récompense dont la quotité est fixée par le conseil général.

Art. 24. — Un pupille âgé de moins de sept mois ne peut être confié à une nourrice dont le dernier enfant n'a pas sept mois révolus.

Art. 25. — Le nourricier est tenu, à l'égard du pupille, aux obligations auxquelles sont assujettis les parents par la loi du 28 mars 1882 sur l'enseignement primaire.

Art. 26. — La pension est payée au nourricier jusqu'à ce que le pupille ait treize ans révolus, sauf les cas de prolongation prévus par le conseil général.

Le pupille dont la pension n'est plus payée est mis en apprentissage, de préférence dans les professions agricoles; il est pourvu d'un trousseau; un contrat écrit, dispensé du timbre, détermine les conditions du placement; à moins que l'intérêt de l'enfant ne s'y oppose, le pupille est maintenu chez le nourricier. Une portion du salaire est placée, conformément à l'article 15 de la présente loi.

Art. 27. — Tout pupille de l'assistance, tout enfant secouru en conformité de l'article 7 de la présente loi, est l'objet d'une surveillance qu'exercent les inspecteurs et les sous-inspecteurs de l'assistance publique. Les visites ont lieu à domicile.

Art. 28. — Le pupille isolé placé dans un département autre que celui auquel il appartient est surveillé par les fonctionnaires de l'inspection du département où il est placé.

La surveillance peut être instituée dans les mêmes conditions à l'égard des pupilles placés par groupes dans un département autre que celui auquel ils appartiennent; la décision est concertée entre les deux préfets et soumise au ministre de l'intérieur.

Si l'accord ne s'établit pas ou si le ministre n'approuve pas la mesure, il est pourvu à la surveillance par la nomination d'un ou de plusieurs sous-inspecteurs habitant le département où les pupilles sont placés et agissant sous les ordres de l'inspecteur du département auquel ces enfants appartiennent.

TITRE IV
Administration.

Art. 29. — Le service des enfants assistés est réglé par le conseil général ; il est administré par le préfet et, sous l'autorité du préfet, par l'inspecteur départemental de l'assistance publique. Dans le département de la Seine, il est administré, sous l'autorité du préfet, par le directeur de l'assistance publique.

Art. 30. — Le personnel de l'inspection départementale de l'assistance publique se compose d'un inspecteur, d'un ou de plusieurs sous-inspecteurs, d'un ou de plusieurs commis d'inspection. Il est nommé par le ministre de l'intérieur sur une liste de candidats ayant satisfait aux conditions qui seront déterminées par un règlement d'administration publique, rendu après avis du conseil supérieur de l'assistance publique. Le cadre du personnel est fixé par un décret rendu dans la même forme.

Le conseil général peut, dans le cas où il le juge utile, créer un ou plusieurs emplois de visiteuses d'enfants.

Art. 31. — Le préfet soumet au conseil général les prévisions des recettes et les crédits du service ; il exécute, liquide et ordonnance les dépenses. Le trésorier-payeur général en assure le paiement.

Toutes les opérations de recettes et de dépenses du service sont comprises dans le compte administratif du préfet et dans le compte de gestion du trésorier-payeur général.

Sur la proposition de l'inspecteur départemental, le préfet accorde et supprime les secours temporaires, prononce les admissions, décide les placements, nomme et révoque les agents du service, payés sur les fonds du département.

Art. 32. — L'inspecteur départemental recrute les nourrices, nourriciers et patrons, procure la distribution des layettes et vêtures, prépare les contrats de placement ou d'apprentissage et, d'une manière générale, propose au préfet les mesures que commandent la protection et la tutelle instituée par la présente loi.

Il peut déplacer un pupille en cas d'urgence, à la charge d'en référer immédiatement au préfet.

Chaque année, il adresse au préfet, qui le soumet au conseil général, un rapport sur le service. Ce rapport est suivi des comptes de l'exercice clos et des propositions pour le budget de l'année suivante.

Art. 33. — Une commission nommée par le conseil général et se réunissant périodiquement, ou, à son défaut, la commission départementale, reçoit communication des décisions intéressant le service, prises depuis sa dernière séance.

Elle donne son avis au préfet sur les questions qu'il lui soumet ou qu'elle croit devoir lui signaler.

Elle présente tous les ans, au conseil général, un rapport sur le service.

L'inspecteur départemental peut être appelé, par la commission, à assister aux séances avec voix consultative.

Art. 34. — Le préfet transmet, tous les ans, au ministre de l'intérieur, avec ses observations, le rapport annuel de la commission instituée au précédent article, le rapport annuel de l'inspecteur, les délibérations du conseil général sur le service. Ces documents sont communiqués au conseil supérieur de l'assistance publique.

Art. 35. — Le directeur de l'assistance publique, à Paris, exerce les attributions qui lui sont conférées par l'article 11 de la présente loi, au moyen d'agents que le

préfet de la Seine nomme sur la proposition du directeur. Chaque agent réside dans la circonscription où sont placés les pupilles dont la surveillance lui est confiée.

Le préfet de la Seine contrôle le service des agents susvisés, au moyen d'inspecteurs que nomme le ministre de l'intérieur.

Il communique, chaque année, au conseil général, le rapport par lequel le directeur de l'assistance publique, à Paris, lui rend le compte moral et administratif de sa gestion et lui soumet ses propositions budgétaires.

Art. 36. — L'article 378 du Code pénal, relatif au secret professionnel, est applicable à toute personne engagée dans le service des enfants assistés.

En aucun cas, les dossiers concernant les enfants assistés ne sont distraits du bureau de l'inspecteur, si ce n'est pour être remis au préfet.

Dans tous les cas où la loi ou des règlements exigent la production de l'acte de naissance, il pourra être suppléé, si le préfet estime qu'il y a lieu d'observer le secret, par un certificat d'origine dressé par l'inspecteur et visé par le préfet.

Art. 37. — Le contrôle du service s'effectue par les inspecteurs généraux des services administratifs du ministère de l'intérieur et par les inspectrices générales des services de l'enfance.

TITRE V
Dépenses.

Art. 38. — Le père, la mère et les ascendants d'un pupille de l'assistance ou d'un enfant dont l'administration a la garde restent tenus, envers lui, de la dette alimentaire. Toute stipulation contraire est nulle.

Art. 39. — Les enfants désignés dans le paragraphe 1er de l'article 6 (enfants trouvés) et les enfants admis au paragraphe 2 de l'article 9 (à bureau secret) ont leur domicile de secours dans le département où ils ont été portés à un établissement dépositaire.

Les enfants désignés dans l'article 3 (enfants secourus) ont leur domicile de secours dans le département où ils sont nés.

Les enfants désignés dans l'article 4 (enfants en dépôt), dans l'article 5 (enfants en garde) et dans les paragraphes 2, 3, 4 et 5 de l'article 6 (enfants abandonnés, orphelins pauvres, enfants délaissés, maltraités ou moralement abandonnés) ont leur domicile de secours dans le département où ils sont recueillis.

Les dépenses occasionnées par des enfants n'ayant leur domicile de secours dans aucun département sont remboursées par l'État.

Art. 40. — Les contestations relatives au domicile de secours et à l'admission des pupilles sont jugées par le ministre de l'intérieur, sauf recours au conseil d'État.

La décision du ministre porte liquidation des frais. Après l'expiration du délai de recours, ces frais constituent, pour le département, une dépense obligatoire susceptible d'être inscrite, à titre de dette exigible, dans son budget, conformément à l'article 61 de la loi du 10 août 1871, modifié par la loi du 29 juin 1899.

Est non recevable toute réclamation adressée au ministre, plus de deux ans après l'admission de l'enfant à l'assistance départementale.

Art. 41. — Les biens du pupille décédé, lorsque aucun héritier ne se présentera, seront recueillis par le département et consacrés, conformément aux dispositions de l'article 51 de la présente loi, à la création de dots de mariage en faveur de pupilles ou d'anciens pupilles des deux sexes.

Art. 42. — Les héritiers qui se présentent pour recueillir la succession d'un pupille sont tenus d'indemniser le département de l'entretien de l'enfant. Les revenus perçus par le département entrent en compensation jusqu'à due concurrence.

Art. 43. — Les recettes et les dépenses du service font l'objet d'articles spéciaux dans le budget de chaque département; elles sont votées, annuellement, par le conseil général.

Art. 44. — Les dépenses se divisent en dépenses du service et dépenses d'inspection et de surveillance.

Art. 45. — Les dépenses du service, déduction faite des frais occasionnés par des pupilles sans domicile de secours, lesquels sont intégralement à la charge de l'État, ainsi que des recettes provenant du remboursement des départements ou des familles, du produit des amendes de police correctionnelle, du produit et des revenus des dons et legs applicables au service, sont payées pour deux cinquièmes par le département, pour deux cinquièmes par l'État, pour un cinquième par les communes.

Art. 46. — Les dépenses du service comprennent :

1° Le salaire des personnes préposées aux admissions;

2° Les secours temporaires accordés en conformité de l'article 7 de la présente loi;

3° Les frais de séjour des enfants dans les établissements dépositaires, dans les écoles professionnelles prévues pour l'éducation séparée des pupilles vicieux ou difficiles et, s'il y a lieu, les frais de location des immeubles affectés au service;

4° Les dépenses de nourrices sédentaires;

5° Les prix de pensions et les allocations réglementaires ou exceptionnelles concernant les pupilles confiés à des familles ou placés dans des établissements autres que les établissements dépositaires, les primes aux nourrices et aux nourriciers, les fournitures scolaires, les cotisations des enfants assistés âgés de moins de treize ans et affiliés aux mutualités scolaires;

6° Les frais des layettes et des vêtures;

7° Les frais de déplacement soit des pupilles, soit des nourrices, et, au besoin, les frais relatifs à l'engagement des nourrices;

8° Les registres, les imprimés et les signes de reconnaissance;

9° Les frais d'assistance médicale et d'inhumation des pupilles;

10° Les frais de recouvrement et de gestion des deniers pupillaires;

11° Les remboursements aux départements étrangers;

12° Les frais résultant de l'exécution de jugements rendus en vertu de la loi du 24 juillet 1889, de production de pièces en vue de mariages ou émancipations de pupilles.

Art. 47. — Les prix de journée, dans un établissement dépositaire dépendant d'un hospice, sont fixés, tous les cinq ans, par le conseil général, sur la proposition de la commission administrative.

En cas de réclamation de la commission, ils sont fixés par un arrêté du ministre de l'intérieur; la réclamation est formée dans les trois mois qui suivent la notification de la décision du conseil général.

Dans le cas où il y aurait lieu de procéder, pendant le délai de cinq ans, à une revision des prix de journée, le conseil général en décidera sur la proposition du préfet ou sur celle de la commission administrative.

En cas de réclamation, il sera statué par arrêté du ministre de l'intérieur, dans les conditions et délais du deuxième paragraphe du présent article.

Art. 48. — Les dépenses d'inspection et de surveillance sont à la charge de l'Etat; elles comprennent les traitements et les indemnités de tournées et de déplacement du personnel et, généralement, les frais occasionnés par la surveillance du service.

Art. 49. — Les recettes du service comprennent :

1° La subvention et les remboursements de l'Etat;

2° La contribution du département;

3° Le contingent des communes, obligatoire pour elles dans les conditions réglées par l'article 136 de la loi du 5 avril 1884;

4° Les remboursements des départements ou des familles;

5° Le produit des amendes de police correctionnelle, conformément aux lois;

6° Le revenu des biens et capitaux visés par l'article 16 de la présente loi;

7° Le produit des successions recueillies en conformité de l'article 41 de la présente loi;

8° Le produit et les revenus des dons et legs faits, pour ce service, aux départements, ainsi que le revenu des fondations, antérieurement constituées, en faveur du même service, au profit des hospices et dont ceux-ci ont l'administration;

9° Le produit de l'exploitation des établissements départementaux affectés au service des enfants assistés et moralement abandonnés.

Art. 50. — Les revenus des dons et legs faits aux départements, pour le service des enfants assistés, devront conserver, expressément, l'affectation spéciale prescrite par les actes constitutifs de la libéralité. Le conseil général ne pourra les employer à l'ensemble des services départementaux.

Art. 51. — Les recettes prévues aux paragraphes 7° et 8° de l'article 49 sont employées, sous réserve des affectations spéciales imposées par les bienfaiteurs, à la création de dots de mariage en faveur de pupilles ou d'anciens pupilles des deux sexes; ces dots sont attribuées par la commission départementale, sur la proposition du préfet.

Art. 52. — Les secours, pensions et indemnités sont incessibles et insaisissables.

Art. 53. — Les décomptes des mois de nourrice et pensions sont exempts de timbre et d'enregistrement.

Art. 54. — Les certificats, significations, jugements, contrats, quittances et autres actes faits en vertu de la présente loi et des lois du 24 juillet 1889 et du 19 avril 1898, et exclusivement relatifs au service des enfants assistés, sont dispensés du timbre et enregistrés gratis, lorsqu'il y a lieu à la formalité de l'enregistrement, sans préjudice du bénéfice de la loi du 10 juillet 1901 sur l'assistance judiciaire.

Art. 55. — Un tableau annexé à la loi de finances détermine, par zone, les tarifs minima des secours temporaires, des salaires de nourrice, des primes de survie et des prix de pensions; ce tableau est dressé après enquête et avis des conseils généraux; il est revisé tous les cinq ans.

Les dépenses ayant pour objet l'application de ces tarifs minima, la fourniture des layettes aux pupilles, la fourniture des vêtures aux pupilles âgés de moins de treize ans, les frais d'assistance médicale, constituent, pour le département, des dépenses obligatoires.

Art. 56. — Si un conseil général omet ou refuse d'inscrire au budget les crédits suffisants pour l'acquittement des dépenses obligatoires du service qui sont à sa charge, les crédits nécessaires sont inscrits, d'office, au budget par un décret

rendu dans la forme des règlements d'administration publique et inséré au *Bulletin des lois*.

Il est pourvu au paiement des dépenses inscrites d'office, au moyen de prélèvements effectués, soit sur les excédents de recettes, soit sur le crédit pour dépenses imprévues et, à défaut, au moyen d'une contribution spéciale portant sur les quatre contributions directes et établie par le décret d'inscription d'office, si elle est dans les limites du maximum fixé annuellement par la loi de finances, ou par une loi, si elle doit excéder le maximum.

Dispositions générales

Art. 57. — Une statistique de la mortalité des enfants assistés sera publiée, chaque année, par le ministère de l'intérieur.

En outre, tous les cinq ans, celui-ci présentera au président de la République un rapport détaillé, exposant, à tous les points de vue, la situation du service des enfants assistés. Ce rapport sera inséré au *Journal officiel*.

Art. 58. — Dans l'année qui suivra la promulgation de la présente loi, chaque préfet préparera, pour en assurer l'exécution, un règlement qui sera délibéré par le conseil général et transmis, avec ses observations, au ministre de l'intérieur.

Art. 59. — Les décrets délibérés en conseil d'Etat déterminent les règles à suivre pour le recouvrement, la manutention et la gestion des deniers pupillaires.

Art. 60. — Sont abrogés la loi du 15 pluviôse an XIII, le décret du 19 janvier 1811, la loi du 5 mai 1869, et, généralement, toutes les dispositions contraires à la présente loi.

Art. 61. — Un décret déterminera dans quelle mesure et dans quelles conditions les dispositions de la présente loi pourront être appliquées à l'Algérie.

LOI

relative à l'éducation des pupilles de l'assistance publique difficiles ou vicieux.

Du 28 juin 1904.

Article premier. — Les pupilles de l'assistance publique qui, à raison de leur indiscipline ou de leurs défauts de caractère, ne peuvent pas être confiés à des familles sont placés, par décision du préfet, sur le rapport de l'inspecteur départemental, dans une école professionnelle.

Les écoles professionnelles, agricoles ou industrielles, sont des établissements départementaux ou des établissements privés.

Les associations de bienfaisance et les établissements privés qui voudront être autorisés à recevoir et à élever des pupilles de l'assistance devront en faire la demande au ministre de l'intérieur et soumettre à son approbation leurs statuts, règlements et locaux.

Chaque année, le ministre de l'intérieur arrêtera la liste des établissements autorisés à recevoir et à élever des pupilles de l'assistance.

Un règlement d'administration publique, rendu dans le délai d'un an, à partir de la promulgation de la présente loi, déterminera les mesures propres à assurer le placement provisoire ou définitif, la surveillance, l'éducation morale et professionnelle des pupilles placés dans les établissements départementaux ou privés, ainsi que le patronage de ces pupilles à la fin de leur placement.

Le règlement déterminera, également, les conditions de remboursement de la dépense qui reste à la charge de l'administration pénitentiaire, en vertu du paragraphe 2 de l'article 5.

Art. 2. — Lorsqu'un pupille de l'assistance, par des actes d'immoralité, de violence ou de cruauté, donne des sujets de mécontentement très graves, le tribunal civil peut, sur le rapport de l'inspecteur des enfants assistés et sur la demande du préfet dans les départements, ou du directeur de l'assistance publique de Paris dans la Seine, décider, sans frais, qu'il sera confié à l'administration pénitentiaire.

L'administration pénitentiaire le recevra dans un de ses établissements ou quartiers d'observation et l'y maintiendra jusqu'à ce que les renseignements recueillis et le résultat de l'observation permettent de décider s'il doit être placé dans une colonie ou maison pénitentiaire ou dans une colonie correctionnelle.

Le préfet peut, d'après les résultats obtenus et sur la proposition de l'inspecteur des enfants assistés, mettre fin au placement et opérer le retrait du pupille.

Les dépenses occasionnées par le pupille et les frais de son entretien dans le service pénitentiaire sont imputés, pour chaque pupille, sur le crédit du service des enfants assistés du département auquel il appartient. Ces dépenses sont obligatoires pour ce département.

Art. 3. — Chaque département, faute d'avoir un établissement public destiné à recevoir les pupilles de l'assistance visés à l'article 1er de la présente loi, est tenu, dans un délai de trois ans, de traiter, à cet effet, soit avec un établissement public d'un autre département, soit avec un établissement privé autorisé par le ministre de l'intérieur.

Les traités passés par les départements doivent être approuvés par le ministre de l'intérieur.

Deux ou plusieurs départements peuvent créer ou entretenir à frais communs une école professionnelle de pupilles. Les conditions de leur association sont réglées par les délibérations des conseils généraux intéressés, conformément aux articles 89 et 90 de la loi du 10 août 1871.

A défaut par le conseil général de statuer, il est pourvu par un décret rendu en la forme de règlement d'administration publique.

Art. 4. — L'Etat contribue aux dépenses faites, par les départements, pour l'établissement d'écoles professionnelles de pupilles dans la proportion de moitié, défalcation faite des subventions accordées en dehors de l'apport du département qui ne saurait être moindre que celui de l'Etat.

La part des départements dans les dépenses d'établissements et les frais d'entretien des pupilles dans les écoles professionnelles constituent, pour les départements, des dépenses obligatoires.

Art. 5. — Les enfants victimes de délits ou de crimes, dans les conditions de l'article 4 de la loi du 19 avril 1898, dont la garde aura été confiée à l'assistance publique par les tribunaux, sont assimilés pour la dépense aux enfants assistés.

Les enfants auteurs de délits ou de crimes, dans les conditions du même article, dont la garde aura été confiée à l'assistance publique par les tribunaux, restent à la charge de l'administration pénitentiaire.

LOI

sur les aliénés.

Du 30 juin 1838.

TITRE Ier

DES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

Article premier. — Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre déparment.

Les traités passés avec les établissements publics ou privés devront être approuvés par le ministre de l'intérieur.

Art. 2. — Les établissements publics consacrés aux aliénés sont placés sous la direction de l'autorité publique.

Art. 3. — Les établissements privés consacrés aux aliénés sont placés sous la surveillance de l'autorité publique.

Art. 4. — Le préfet et les personnes spécialement déléguées à cet effet par lui ou par le ministre de l'intérieur, le président du tribunal, le procureur du roi, le juge de paix, le maire de la commune, sont chargés de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés.

Ils recevront les réclamations des personnes qui y seront placées et prendront, à leur égard, tous renseignements propres à faire connaître leur position.

Les établissements privés seront visités, à des jours indéterminés, une fois au moins chaque trimestre, par le procureur du roi de l'arrondissement. Les établissements publics le seront de la même manière, une fois au moins par semestre.

Art. 5. — Nul ne pourra diriger ni former un établissement privé consacré aux aliénés sans l'autorisation du Gouvernement.

Les établissements privés consacrés au traitement d'autres maladies ne pourront recevoir les personnes atteintes d'aliénation mentale, à moins qu'elles ne soient placées dans un local entièrement séparé.

Ces établissements devront être, à cet effet, spécialement autorisés par le Gouvernement et seront soumis, en ce qui concerne les aliénés, à toutes les obligations prescrites par la présente loi.

Art. 6. — Des règlements d'administration publique détermineront les conditions auxquelles seront accordées les autorisations énoncées en l'article précédent, les cas où elles pourront être retirées, et les obligations auxquelles seront soumis les établissements autorisés.

Art. 7. — Les règlements intérieurs des établissements publics consacrés, en tout ou en partie, au service des aliénés seront, dans les dispositions relatives à ce service, soumis à l'approbation du ministre de l'intérieur.

TITRE II

DES PLACEMENTS FAITS DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

SECTION Ire

DES PLACEMENTS VOLONTAIRES

Art. 8. — Les chefs ou préposés responsables des établissements publics et les directeurs des établissements privés et consacrés aux aliénés ne pourront recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale s'il ne leur est remis :

1° Une demande d'admission contenant les noms, profession, âge et domicile, tant de la personne qui la formera que de celle dont le placement sera réclamé, et l'indication du degré de parenté ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles.

La demande sera écrite et signée par celui qui la formera, et s'il ne sait pas écrire, elle sera reçue par le maire ou le commissaire de police, qui en donnera acte.

Les chefs, préposés ou directeurs, devront s'assurer, sous leur responsabilité, de l'individualité de la personne qui aura formé la demande, lorsque cette demande n'aura pas été reçue par le maire ou le commissaire de police.

Si la demande d'admission est formée par le tuteur d'un interdit, il devra fournir, à l'appui, un extrait du jugement d'interdiction;

2° Un certificat du médecin constatant l'état mental de la personne à placer et indiquant les particularités de sa maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir renfermée.

Ce certificat ne pourra être admis, s'il a été délivré plus de quinze jours avant sa remise au chef ou directeur; s'il est signé d'un médecin attaché à l'établissement, ou si le médecin signataire est parent ou allié, au second degré inclusivement, des chefs ou propriétaires de l'établissement, ou de la personne qui fera effectuer le placement.

En cas d'urgence, les chefs des établissements publics pourront se dispenser d'exiger le certificat du médecin.

3° Le passeport ou toute autre pièce propre à constater l'individualité de la personne à placer.

Il sera fait mention de toutes les pièces produites dans un bulletin d'entrée, qui sera renvoyé, dans les vingt-quatre heures, avec un certificat du médecin de l'établissement, et la copie de celui ci-dessus mentionné, au préfet de police à Paris, au préfet ou au sous-préfet dans les communes chefs-lieux de département ou d'arrondissement, et aux maires dans les autres communes. Le sous-préfet, ou le maire, en fera immédiatement l'envoi au préfet.

Art. 9. — Si le placement est fait dans un établissement privé, le préfet, dans les trois jours de la réception du bulletin, chargera un ou plusieurs hommes de l'art de visiter la personne désignée dans ce bulletin, à l'effet de constater son état mental et d'en faire rapport sur-le-champ. Il pourra leur adjoindre telle autre personne qu'il désignera.

Art. 10. — Dans le même délai, le préfet notifiera administrativement les noms, profession et domicile, tant de la personne placée que de celle qui aura demandé le placement, et les causes du placement : 1° au procureur du roi de l'arrondissement du domicile de la personne placée; 2° au procureur du roi de l'arrondissement de la situation de l'établissement. Ces dispositions seront communes aux établissements publics et privés.

Art. 11. — Quinze jours après le placement d'une personne dans un établissement public ou privé, il sera adressé au préfet, conformément au dernier paragraphe de l'article 8, un nouveau certificat du médecin de l'établissement; ce certificat confirmera ou rectifiera, s'il y a lieu, les observations contenues dans le premier certificat, en indiquant le retour plus ou moins fréquent des accès ou des actes de démence.

Art. 12. — Il y aura, dans chaque établissement, un registre coté et paraphé par le maire, sur lequel seront immédiatement inscrits les noms, profession, âge et domicile des personnes placées dans les établissements, la mention du juge-

ment d'interdiction, si elle a été prononcée, et le nom de leur tuteur ; la date de leur placement, les noms, profession et demeure de la personne, parente ou non parente, qui l'aura demandé. Seront également transcrits sur ce registre : 1° le certificat du médecin, joint à la demande d'admission ; 2° ceux que le médecin de l'établissement devra adresser à l'autorité, conformément aux articles 8 et 11.

Le médecin sera tenu de consigner sur ce registre, au moins tous les mois, les changements survenus dans l'état mental de chaque malade. Ce registre constatera également les sorties et les décès.

Ce registre sera soumis aux personnes qui, d'après l'article 4, auront le droit de visiter l'établissement, lorsqu'elles se présenteront pour en faire la visite; après l'avoir terminée, elles apposeront sur le registre leur visa, leur signature et leurs observations, s'il y a lieu.

Art. 13. — Toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera d'y être retenue aussitôt que les médecins de l'établissement auront déclaré, sur le registre énoncé en l'article précédent, que la guérison est obtenue.

S'il s'agit d'un mineur ou d'un interdit, il sera donné immédiatement avis de la déclaration des médecins aux personnes auxquelles il devra être remis et au procureur du roi.

Art. 14. — Avant même que les médecins aient déclaré la guérison, toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera également d'y être retenue, dès que la sortie sera requise par l'une des personnes ci-après désignées, savoir :

1° Le curateur nommé en exécution de l'article 38 de la présente loi ;

2° L'époux ou l'épouse ;

3° S'il n'y a pas d'époux ou d'épouse, les ascendants;

4° S'il n'y a pas d'ascendants, les descendants;

5° La personne qui aura signé la demande d'admission, à moins qu'un parent n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille;

6° Toute personne à ce autorisée par le conseil de famille.

S'il résulte d'une opposition notifiée au chef de l'établissement par un ayant droit qu'il y a dissentiment, soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille prononcera.

Néanmoins, si le médecin de l'établissement est d'avis que l'état mental du malade pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, il en sera donné préalablement connaissance au maire, qui pourra ordonner immédiatement un sursis provisoire à la sortie, à la charge d'en référer, dans les vingt-quatre heures, au préfet. Ce sursis provisoire cessera de plein droit à l'expiration de la quinzaine, si le préfet n'a pas, dans ce délai, donné d'ordres contraires, conformément à l'article 21 ci-après. L'ordre du maire sera transcrit sur le registre tenu en exécution de l'article 12.

En cas de minorité ou d'interdiction, le tuteur pourra seul requérir la sortie.

Art. 15. — Dans les vingt-quatre heures de la sortie, les chefs, préposés ou directeurs en donneront avis aux fonctionnaires désignés dans le dernier paragraphe de l'article 8, et leur feront connaître le nom et la résidence des personnes qui auront retiré le malade, son état mental au moment de sa sortie, et, autant que possible, l'indication du lieu où il aura été conduit.

Art. 16. — Le préfet pourra toujours ordonner la sortie immédiate des personnes placées volontairement dans les établissements d'aliénés.

Art. 17. — En aucun cas l'interdit ne pourra être remis qu'à son tuteur, et le mineur qu'à ceux sous l'autorité desquels il est placé par la loi.

SECTION II

DES PLACEMENTS ORDONNÉS PAR L'AUTORITÉ PUBLIQUE

Art. 18. — A Paris, le préfet de police, et, dans les départements, les préfets ordonneront d'office le placement, dans un établissement d'aliénés, de toute personne interdite ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sécurité des personnes.

Les ordres des préfets seront motivés et devront énoncer les circonstances qui les auront rendus nécessaires. Ces ordres, ainsi que ceux qui seront donnés conformément aux articles 19, 20, 21 et 23, seront inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit par l'article 12 ci-dessus, dont toutes les dispositions seront applicables aux individus placés d'office.

Art. 19. — En cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris, et les maires dans les autres communes, ordonneront, à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale, toutes les mesures provisoires nécessaires, à la charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet, qui statuera sans délai.

Art. 20. — Les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements seront tenus d'adresser aux préfets, dans le premier mois de chaque semestre, un rapport rédigé par le médecin de l'établissement sur l'état de chaque personne qui y sera retenue, sur la nature de sa maladie et les résultats du traitement.

Le préfet prononcera sur chacune individuellement, ordonnera sa maintenue dans l'établissement ou sa sortie.

Art. 21. — A l'égard des personnes dont le placement aura été volontaire, et dans le cas où leur état mental pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, le préfet pourra, dans les formes tracées par le deuxième paragraphe de l'article 18, décerner un ordre spécial, à l'effet d'empêcher qu'elles ne sortent de l'établissement sans son autorisation, si ce n'est pour être placées dans un autre établissement.

Les chefs, directeurs ou préposés responsables, seront tenus de se conformer à cet ordre.

Art. 22. — Les procureurs du roi seront informés de tous les ordres donnés en vertu des articles 18, 19, 20 et 21.

Ces ordres seront notifiés au maire du domicile des personnes soumises au placement, qui en donnera immédiatement avis aux familles.

Il en sera rendu compte au ministre de l'intérieur.

Les diverses notifications prescrites par le présent article seront faites dans les formes et délais énoncés en l'article 10.

Art. 23. — Si, dans l'intervalle qui s'écoulera entre les rapports ordonnés par l'article 20, les médecins déclarent, sur le registre tenu en exécution de l'article 12, que la sortie peut être ordonnée, les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements, seront tenus, sous peine d'être poursuivis conformément à l'article 30 ci-après, d'en référer aussitôt au préfet, qui statuera sans délai.

Art. 24. — Les hospices et hôpitaux civils seront tenus de recevoir provisoirement les personnes qui leur seront adressées en vertu des articles 18 et 19, jusqu'à ce qu'elles soient dirigées sur l'établissement spécial destiné à les recevoir, aux termes de l'article 1er, ou pendant le trajet qu'elles feront pour s'y rendre.

Dans toutes les communes où il existe des hospices ou hôpitaux, les aliénés ne pourront être déposés ailleurs que dans ces hospices ou hôpitaux. Dans les lieux où il n'en existe pas, les maires devront pourvoir à leur logement, soit dans une hôtellerie, soit dans un local loué à cet effet.

Dans aucun cas, les aliénés ne pourront être ni conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison.

Ces dispositions sont applicables à tous les aliénés dirigés par l'administration sur un établissement public ou privé.

SECTION III

DÉPENSES DU SERVICE DES ALIÉNÉS

Art. 25. — Les aliénés dont le placement aura été ordonné par le préfet, et dont les familles n'auront pas demandé l'admission dans un établissement privé, seront conduits dans l'établissement appartenant au département, ou avec lequel il aura traité.

Les aliénés dont l'état mental ne compromettrait point l'ordre public ou la sûreté des personnes y seront également admis, dans les formes, dans les circonstances et aux conditions qui seront réglées par le conseil général, sur la proposition du préfet, et approuvées par le ministre.

Art. 26. — La dépense du transport des personnes dirigées par l'administration sur les établissements d'aliénés sera arrêtée par le préfet, sur le mémoire des agents préposés à ce transport.

La dépense de l'entretien, du séjour et du traitement des personnes placées dans les hospices ou établissements publics d'aliénés sera réglée d'après un tarif arrêté par le préfet.

La dépense de l'entretien, du séjour et du traitement des personnes placées par les départements dans les établissements privés sera fixée par les traités passés par le département, conformément à l'article 1er.

Art. 27. — Les dépenses énoncées en l'article précédent seront à la charge des personnes placées ; à défaut, à la charge de ceux auxquels il peut être demandé des aliments, aux termes des articles 205 et suivants du Code civil.

S'il y a contestation sur l'obligation de fournir des aliments, ou sur leur quotité, il sera statué par le tribunal compétent, à la diligence de l'administrateur désigné en exécution des article 31 et 32.

Le recouvrement des sommes dues sera poursuivi et opéré à la diligence de l'administration de l'enregistrement et des domaines.

Art. 28. — A défaut, ou en cas d'insuffisance de ressources énoncées en l'article précédent, il y sera pourvu sur les centimes affectés, par la loi de finances, aux dépenses ordinaires du département auquel l'aliéné appartient, sans préjudice du concours de la commune du domicile de l'aliéné, d'après les bases proposées par le conseil général sur l'avis du préfet, et approuvées par le gouvernement.

Les hospices seront tenus à une indemnité proportionnée au nombre des aliénés dont le traitement ou l'entretien était à leur charge, et qui seraient placés dans un établisssement spécial d'aliénés.

En cas de contestation, il sera statué par le conseil de préfecture.

SECTION IV

DISPOSITIONS COMMUNES A TOUTES LES PERSONNES PLACÉES DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

Art. 29. — Toute personnes placée ou retenue dans un établissement d'aliénés, son tuteur, si elle est mineure, son curateur, tout parent ou ami, pourront, à

quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le tribunal du lieu de la situation de l'établissement, qui, après les vérifications nécessaires, ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

Les personnes qui auront demandé le placement, et le procureur du roi, d'office, pourront se pourvoir aux mêmes fins.

Dans le cas d'interdiction, cette demande ne pourra être formée que par le tuteur de l'interdit.

La décision sera rendue, sur simple requête, en chambre du conseil et sans délai ; elle ne sera point motivée.

La requête, le jugement et les autres actes auxquels la réclamation pourrait donner lieu seront visés pour timbre et enregistrés en débet.

Aucunes requêtes, aucunes réclamations adressées, soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative, ne pourront être supprimées ou retenues par les chefs d'établissements, sous les peines portées au titre III ci-après.

Art. 30. — Les chefs, directeurs ou préposés responsables, ne pourront, sous les peines portées par l'article 120 du Code pénal, retenir une personne placée dans un établissement d'aliénés, dès que sa sortie aura été ordonnée par le préfet, aux termes des articles 16, 20 et 23, ou par le tribunal, aux termes de l'article 29, ni lorsque cette personne se trouvera dans les cas énoncés aux articles 13 et 14.

Art. 31. — Les commissions administratives ou de surveillance des hospices ou établissements publics d'aliénés exerceront, à l'égard des personnes non interdites qui y seront placées, les fonctions d'administrateurs provisoires. Elle désigneront un de leurs membres pour les remplir : l'administrateur, ainsi désigné, procédera au recouvrement des sommes dues à la personne placée dans l'établissement et à l'acquittement de ses dettes, passera des baux qui ne pourront excéder trois ans, et pourra même, en vertu d'une autorisation spéciale accordée par le président du tribunal civil, faire vendre le mobilier.

Les sommes provenant soit de la vente, soit des autres recouvrements seront versées directement dans la caisse de l'établissement et seront employées, s'il y a lieu, au profit de la personne placée dans l'établissement.

Le cautionnement du receveur sera affecté à la garantie desdits deniers, par privilège aux créances de toute autre nature.

Néanmoins les parents, l'époux ou l'épouse des personnes placées dans les établissements d'aliénés dirigés ou surveillés par des commissions administratives, ces commissions elles-mêmes, ainsi que le procureur du roi, pourront toujours recourir aux dispositions des articles suivants.

Art. 32. — Sur la demande des parents, de l'époux ou de l'épouse, sur celle de la commission administrative ou sur la provocation, d'office, du procureur du roi, le tribunal civil du lieu du domicile pourra, conformément à l'article 497 du Code civil, nommer, en chambre du conseil, un administrateur provisoire aux biens de toute personne non interdite placée dans un établissement d'aliénés. Cette nomination n'aura lieu qu'après délibération du conseil de famille et sur les conclusions du procureur du roi. Elle ne sera pas sujette à l'appel.

Art. 33. — Le tribunal, sur la demande de l'administrateur provisoire, ou à la diligence du procureur du roi, désignera un mandataire spécial à l'effet de représenter en justice tout individu non interdit et placé ou retenu dans un établissement d'aliénés qui serait engagé dans une contestation judiciaire au moment du placement, ou contre lequel une action serait intentée postérieurement.

Le tribunal pourra aussi, dans le cas d'urgence, désigner un mandataire spécial à l'effet d'intenter, au nom des mêmes individus, une action mobilière ou

immobilière. L'administrateur provisoir pourra, dans les deux cas, être désigné pour mandataire spécial.

Art. 34. — Les dispositions du Code civil sur les causes qui dispensent de la tutelle, sur les incapacités, les exclusions ou les destitutions des tuteurs sont applicables aux administrateurs provisoires nommés par le tribunal.

Sur la demande des parties intéressées, ou sur celle du procureur du roi, le jugement qui nommera l'administrateur provisoire pourra en même temps constituer sur ses biens une hypothèque générale ou spéciale, jusqu'à concurrence d'une somme déterminée par ledit jugement.

Le procureur du roi devra, dans le délai de quinzaine, faire inscrire cette hypothèque au bureau de la conservation : elle ne datera que du jour de l'inscription.

Art. 35. — Dans le cas où un administrateur provisoire aura été nommé par jugement, les significations à faire à la personne placée dans un établissement d'aliénés seront faites à cet administrateur.

Les significations faites au domicile pourront, suivant les circonstances, être annulées par les tribunaux.

Il n'est point dérogé aux dispositions de l'article 173 du Code de commerce.

Art. 36. — A défaut d'administrateur provisoire, le président, à la requête de la partie la plus diligente, commettra un notaire pour représenter les personnes non interdites placées dans les établissements d'aliénés, dans les inventaires, comptes, partages et liquidations dans lesquels elles seraient intéressées.

Art. 37. — Les pouvoirs conférés en vertu des articles précédents cesseront de plein droit dès que la personne placée dans un établissement d'aliénés n'y sera plus retenue.

Les pouvoirs conférés par le tribunal en vertu de l'article 32 cesseront de plein droit à l'expiration d'un délai de trois ans : ils pourront être renouvelés.

Cette disposition n'est pas applicable aux administrateurs provisoires qui seront donnés aux personnes entretenues par l'administration dans des établissements privés.

Art. 38. — Sur la demande de l'intéressé, de l'un de ses parents, de l'époux ou de l'épouse, d'un ami, ou sur la provocation d'office du procureur du Roi, le tribunal pourra nommer, en chambre de conseil, par jugement non susceptible d'appel, en outre de l'administrateur provisoire, un curateur à la personne de tout individu non interdit placé dans un établissement d'aliénés, lequel devra veiller : 1° à ce que ses revenus soient employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison; 2° à ce que ledit individu soit rendu au libre exercice de ses droits aussitôt que sa situation le permettra.

Ce curateur ne pourra pas être choisi parmi les héritiers présomptifs de la personne placée dans un établissement d'aliénés.

Art. 39. — Les actes faits par une personne placée dans un établissement d'aliénés, pendant le temps qu'elle y aura été retenue, sans que son interdiction ait été prononcée ni provoquée, pourront être attaqués pour cause de démence, conformément à l'article 1304 du Code civil.

Les dix ans de l'action en nullité courront, à l'égard de la personne retenue qui aura souscrit les actes, à dater de la signification qui lui en aura été faite, ou de la connaissance qu'elle en aura eue après sa sortie définitive de la maison d'aliénés.

Et, à l'égard de ses héritiers, à dater de la signification qui leur en a été faite, ou de la connaissance qu'ils en auront eue, depuis la mort de leur auteur.

Lorsque les dix ans auront commencé de courir contre celui-ci, ils continueront de courir contre les héritiers.

Art. 40. — Le ministère public sera entendu dans toutes les affaires qui intéresseront les personnes placées dans un établissement d'aliénés, lors même qu'elles ne seraient pas interdites.

TITRE III

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 41. — Les contraventions aux dispositions des articles 5, 8, 11, 12 du second paragraphe de l'article 13, des articles 15, 17, 20, 21 et du dernier paragraphe de l'article 29 de la présente loi, et aux règlements rendus en vertu de l'article 6, qui seront commises par les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements publics ou privés d'aliénés, et par les médecins employés dans ces établissements, seront punies d'un emprisonnement de cinq jours à un an, et d'une amende de cinquante francs à trois mille francs, ou de l'une ou l'autre de ces peines.

Il pourra être fait application de l'article 463 du Code pénal.

LOI

sur l'assistance médicale et gratuite

Du 15 juillet 1893.

TITRE PREMIER

ORGANISATION DE L'ASSISTANCE MÉDICALE

Article premier. — Tout Français malade, privé de ressources, reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'État, suivant son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile ou, s'il y a impossibilité de le soigner utilement à domicile, dans un établissement hospitalier.

Les femmes en couches sont assimilées à des malades.

Les étrangers malades, privés de ressources, seront assimilés aux Français toutes les fois que le gouvernement aura passé un traité d'assistance réciproque avec leur nation d'origine.

Art. 2. — La commune, le département ou l'État peuvent toujours exercer leurs recours, s'il y a lieu, soit l'un contre l'autre, soit contre toutes personnes, sociétés ou corporations tenues à l'assistance médicale envers l'indigent malade, notamment contre les membres de la famille de l'assisté, désignés par les articles 205, 206, 207 et 212 du Code civil.

Art. 3. — Toute commune est rattachée pour le traitement de ses malades à un ou plusieurs des hôpitaux les plus voisins.

Dans le cas où il y a impossibilité de soigner utilement un malade à domicile, le médecin délivre un certificat d'admission à l'hôpital. Ce certificat doit être contresigné par le président du bureau d'assistance ou son délégué.

L'hôpital ne pourra réclamer à qui de droit le remboursement des frais de journée qu'autant qu'il représentera le certificat ci-dessus.

Art. 4. — Il est organisé dans chaque département, sous l'autorité du préfet et suivant les conditions déterminées par la présente loi, un service d'assistance médicale gratuite pour les malades privés de ressources.

Le conseil général délibère dans les conditions prévues par l'article 48 de la loi du 10 août 1871 :

1° Sur l'organisation du service de l'assistance médicale, la détermination et la création des hôpitaux auxquels est rattachée chaque commune ou syndicat de communes ;

2° Sur la part de la dépense incombant aux communes et au département.

Art. 5. — A défaut de délibération du conseil général sur les objets prévus à l'article précédent, ou en cas de la suspension de la délibération en exécution de l'article 49 de la loi du 10 août 1871, il peut être pourvu à la réglementation du service par un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique.

TITRE II

DOMICILE DE SECOURS

Art. 6. — Le domicile de secours s'acquiert :

1° Par une résidence habituelle d'un an dans une commune postérieurement à la majorité ou à l'émancipation ;

2° Par la filiation. L'enfant a le domicile de secours de son père. Si la mère a survécu au père, ou si l'enfant est un enfant naturel reconnu par sa mère seulement, il a le domicile de sa mère. En cas de séparation de corps ou de divorce des époux, l'enfant légitime partage le domicile de l'époux à qui a été confié le soin de son éducation ;

3° Par le mariage. La femme, du jour de son mariage, acquiert le domicile de secours de son mari. Les veuves, les femmes divorcées ou séparées de corps conservent le domicile de secours antérieur à la dissolution du mariage ou au jugement de séparation.

Pour les cas non prévus dans le présent article, le domicile de secours est le lieu de la naissance jusqu'à la majorité ou à l'émancipation.

Art. 7. — Le domicile de secours se perd :

1° Par une absence ininterrompue d'une année postérieurement à la majorité ou à l'émancipation ;

2° Par l'acquisition d'un autre domicile de secours.

Si l'absence est occasionnée par des circonstances excluant toute liberté de choix de séjour ou par un traitement dans un établissement hospitalier situé en dehors du lieu habituel de résidence du malade, le délai d'un an ne commence à courir que du jour où ces circonstances n'existent plus.

Art. 8. — A défaut de domicile de secours communal, l'assistance médicale incombe au département dans lequel le malade privé de ressources aura acquis son domicile de secours.

Quand le malade n'a ni domicile de secours communal ni domicile de secours départemental, l'assistance médicale incombe à l'Etat.

Art. 9. — Les enfants assistés ont leur domicile de secours dans le département au service duquel ils appartiennent, jusqu'à ce qu'ils aient acquis un autre domicile de secours.

TITRE III

BUREAU ET LISTE D'ASSISTANCE

Art. 10. — Dans chaque commune, un bureau d'assistance assure le service de l'assistance médicale.

La commission administrative du bureau d'assistance est formée par les commissions administratives réunies de l'hospice et du bureau de bienfaisance, ou par cette dernière seulement quand il n'existe pas d'hospice dans la commune.

A défaut d'hospice ou de bureau de bienfaisance, le bureau d'assistance est régi par la loi du 21 mai 1873 (articles 1 à 5), modifiée par la loi du 5 août 1879, et possède, outre les attributions qui lui sont dévolues par la présente loi, tous les droits et attributions qui appartiennent au bureau de bienfaisance.

Art. 11. — Le président du bureau d'assistance a le droit d'accepter, à titre conservatoire, des dons et legs et de former, avant l'autorisation, toute demande en délivrance.

Le décret du Président de la République ou l'arrêté du préfet qui interviennent ultérieurement ont effet du jour de cette acceptation.

Le bureau d'assistance est représenté en justice et dans tous les actes de la vie civile par un de ses membres que ses collègues élisent à cet effet au commencement de chaque année.

L'administration des fondations, dons et legs qui ont été faits aux pauvres et aux communes, en vue d'assurer l'assistance médicale, est dévolue au bureau d'assistance.

Les bureaux d'assistance sont soumis aux règles qui régissent l'administration et la comptabilité des hospices, en ce qu'elles n'ont rien de contraire à la présente loi.

Art. 12. — La commission administrative du bureau d'assistance, sur la convocation de son président, se réunit au moins quatre fois par an.

Elle dresse, un mois avant la première session ordinaire du conseil municipal, la liste des personnes qui, ayant dans la commune leur domicile de secours, doivent être, en cas de maladie, admises à l'assistance médicale, et elle procède à la revision de cette liste un mois avant chacune des trois autres sessions.

Le médecin de l'assistance ou un délégué des médecins de l'assistance, le receveur municipal et un des répartiteurs désignés par le sous-préfet peuvent assister à la séance avec voix consultative.

Art. 13. — La liste d'assistance médicale doit comprendre nominativement tous ceux qui seront admis aux secours, lors même qu'ils sont membres d'une même famille.

Art. 14. — La liste est arrêtée par le conseil municipal, qui délibère en comité secret; elle est déposée au secrétariat de la mairie.

Le maire donne avis du dépôt par affiches aux lieux accoutumés.

Art. 15. — Une copie de la liste et du procès-verbal constatant l'accomplissement des formalités prescrites par l'article précédent est en même temps transmise au sous-préfet de l'arrondissement.

Si le préfet estime que les formalités prescrites par la loi n'ont pas été observées, il défère les opérations, dans les huit jours de la réception de la liste, au conseil de préfecture, qui statue dans les huit jours et fixe, s'il y a lieu, le délai dans lequel les opérations annulées seront refaites.

Art. 16. — Pendant un délai de vingt jours à compter du dépôt, les réclamations en inscription ou en radiation peuvent être faites par tout habitant ou contribuable de la commune. *(Loi du 13 avril 1898.)* Le droit de réclamer l'inscription ou la radiation devant la commission cantonale appartient également au préfet du département ou à son délégué.

Art. 17. — Il est statué souverainement sur ces réclamations, le maire entendu ou dûment appelé, par une commission cantonale composée du sous-préfet de

l'arrondissement, du conseiller général, d'un conseiller d'arrondissement dans l'ordre de nomination et du juge de paix du canton.

Le sous-préfet ou, à son défaut, le juge de paix préside la commission.

Art. 18. — Le président de la commission donne, dans les huit jours, avis des décisions rendues au sous-préfet et au maire qui opèrent sur la liste les additions ou les retranchements prononcés.

Art. 19. — En cas d'urgence, dans l'intervalle de deux sessions, le bureau d'assistance peut admettre provisoirement, dans les conditions de l'article 12 de la présente loi, un malade non inscrit sur la liste.

En cas d'impossibilité de réunir à temps le bureau d'assistance, l'admission peut être prononcée par le maire qui en rend compte, en comité secret, au conseil municipal dans sa plus prochaine séance.

Art. 20. — En cas d'accident ou de maladie aiguë, l'assistance médicale des personnes qui n'ont pas le domicile de secours dans la commune où s'est produit l'accident ou la maladie incombe à la commune, dans les conditions prévues à l'article 21, s'il n'existe pas d'hôpital dans la commune.

L'admission de ces malades à l'assistance médicale est prononcée par le maire, qui avise immédiatement le préfet et en rend compte, en comité secret, au conseil municipal dans sa plus prochaine séance.

Le préfet accuse réception de l'avis et prononce dans les dix jours sur l'admission aux secours de l'assistance.

Art. 21. — Les frais avancés par la commune en vertu de l'article précédent, sauf pour les dix premiers jours de traitement, sont remboursés par le département d'après un état régulier dressé conformément au tarif fixé par le conseil général.

Le département qui a fourni l'assistance peut exercer son recours contre qui de droit. Si l'assisté a son domicile de secours dans un autre département, le recours est exercé contre le département, sauf la faculté pour ce dernier d'exercer à son tour son recours contre qui de droit.

Art. 22. — L'inscription sur la liste prévue à l'article 12 continue à valoir pendant un an, au regard des tiers, à partir du jour où la personne inscrite a quitté la commune, sauf la faculté pour la commune de prouver que cette personne n'est plus en situation d'avoir besoin de l'assistance médicale gratuite.

Art. 23. — Le préfet prononce l'admission au secours de l'assistance médicale des malades privés de ressources et dépourvus d'un domicile de secours communal.

Le préfet est tenu d'adresser, au commencement de chaque mois, à la commission départementale ou au ministre de l'intérieur, suivant que l'assistance incombe au département ou à l'Etat, la liste nominative des malades ainsi admis pendant le mois précédent aux secours de l'assistance médicale.

TITRE IV

SECOURS HOSPITALIERS

Art. 24. — Le prix de journée des malades placés dans les hôpitaux aux frais des communes, des départements ou de l'État est réglé, par arrêté du préfet, sur la proposition des commissions administratives de ces établissements et après avis du conseil général du département, sans qu'on puisse imposer un prix de journée inférieur à la moyenne du prix de revient constaté pendant les cinq dernières années.

Art. 25. — Les droits résultant d'actes de fondations, des édits d'union ou de conventions particulières sont et demeurent réservés.

Il n'est pas dérogé à l'article 1er de la loi du 7 août 1851.

Tous les lits dont l'affectation ne résulte pas des deux paragraphes précédents ou qui ne seront pas reconnus nécessaires aux services des vieillards ou incurables, des militaires, des enfants assistés et des maternités, seront affectés au service de l'assistance médicale.

TITRE V

DÉPENSES, VOIES ET MOYENS

Art. 26. — Les dépenses du service de l'assistance médicale se divisent en dépenses ordinaires et en dépenses extraordinaires.

Les dépenses ordinaires comprennent :

1° Les honoraires des médecins, chirurgiens et sages-femmes du service d'assistance à domicile ;

2° Les médicaments et appareils ;

3° Les frais de séjour des malades dans les hôpitaux.

Ces dépenses sont obligatoires. Elles sont supportées par les communes, le département et l'État, suivant les règles établies par les articles 27, 28 et 29.

Les dépenses extraordinaires comprennent les frais d'agrandissement et de construction d'hôpitaux.

L'État contribuera à ces dépenses par des subventions dans la limite des crédits votés.

Chaque année, une somme sera à cet effet inscrite au budget.

Art. 27. — Les communes dont les ressoures spéciales de l'assistance médicale et les ressoures ordinaires inscrites à leur budget seront insuffisantes pour couvrir les frais de ce service sont autorisées à voter des centimes additionnels aux quatre contributions directes ou des taxes d'octroi pour se procurer le complément des ressources nécessaires.

Les taxes d'octroi votées en vertu du paragraphe précédent seront soumises à l'approbation de l'autorité compétente, conformément aux dispositions de l'article 137 de la loi du 5 avril 1884.

La part que les communes seront obligées de demander aux centimes additionnels ou aux taxes d'octroi ne pourra être moindre de vingt pour cent (20 p. 100), ni supérieure à quatre-vingt-dix pour cent (90 p. 100) de la dépense à couvrir, conformément au tableau A ci-annexé.

Art. 28. — Les départements, outre les frais qui leur incombent de par les articles précédents, sont tenus d'accorder aux communes qui auront été obligées de recourir à des centimes additionnels ou à des taxes d'octroi des subventions d'autant plus fortes que leur centime sera plus faible, mais qui ne pourront dépasser quatre-vingts pour cent (80 p. 100), ni être inférieures à dix pour cent (10 p. 100) du produit de ces centimes additionnels ou taxes d'octroi, conformément au tableau A précité.

En cas d'insuffisance des ressources spéciales de l'assistance médicale et des ressources ordinaires de leur budget, ils sont autorisés à voter des centimes additionnels aux quatre contributions directes dans la mesure nécessitée par la présente loi.

Art. 29. — L'État concourt aux dépenses départementales de l'assistance médicale par des subventions aux départements dans une proportion qui variera de dix à

soixante-dix pour cent (10 à 70 p. 100) du total de ces dépenses couvertes par des centimes additionnels et qui sera calculée en raison inverse de la valeur du centime départemental par kilomètre carré, conformément au tableau B ci-annexé.

L'État est en outre chargé :

1° Des dépenses occasionnées par le traitement des malades n'ayant aucun domicile de secours ;

2° Des frais d'administration relatifs à l'exécution de la présente loi.

TITRE VI

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 30. — Les communes, les départements, les bureaux de bienfaisance et les établissements hospitaliers possédant, en vertu d'actes de fondations, des biens dont le revenu a été affecté par le fondateur à l'assistance médicale des indigents à domicile, sont tenus de contribuer aux dépenses du service de l'assistance médicale jusqu'à concurrence dudit revenu, sauf ce qui a été dit à l'article 25.

Art. 31. — Tous les recouvrements relatifs au service de l'assistance médicale s'effectuent comme en matière de contributions directes.

Toutes les recettes du bureau d'assistance pour lesquelles les lois et règlements n'ont pas prévu un mode spécial de recouvrement s'effectuent sur les états dressés par le président.

Ces états sont exécutoires après qu'ils ont été visés par le préfet ou le sous-préfet.

Les oppositions, lorsque la matière est de la compétence des tribunaux ordinaires, seront jugées comme affaires sommaires, et le bureau peut y défendre sans autorisation du conseil de préfecture.

Art. 32. — Les certificats, significations, jugements, contrats, quittances et autres actes faits en vertu de la présente loi et exclusivement relatifs au service de l'assistance médicale, sont dispensés du timbre et enregistrés gratis lorsqu'il y a lieu à la formalité de l'enregistrement, sans préjudice du bénéfice de la loi du 22 janvier 1851 sur l'assistance judiciaire.

Art. 33. — Toutes les contestations relatives à l'exécution soit de la délibération du conseil général prise en vertu de l'article 4, soit du décret rendu en vertu de l'article 5, ainsi que les réclamations des commissions administratives relatives à l'exécution de l'arrêté préfectoral prévu à l'article 24, sont portées devant le conseil de préfecture du département du requérant et, en cas d'appel, devant le Conseil d'État.

Les pourvois devant le Conseil d'État, dans les cas prévus au paragraphe précédent, sont dispensés de l'intervention de l'avocat.

Art. 34. — Les médecins du service de l'assistance médicale gratuite ne pourront être considérés comme inéligibles au conseil général ou au conseil d'arrondissement, à raison de leur rétribution sur le budget départemental.

Art. 35. — Les communes ou syndicats de communes qui justifient remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers leurs malades peuvent être autorisés par une décision spéciale du ministre de l'intérieur, rendue après avis du conseil supérieur de l'assistance publique, à avoir une organisation spéciale.

(Loi du 17 avril 1906.) — En cas d'urgence, la décision spéciale du ministre de l'intérieur peut être rendue, dans l'intervalle des sessions du conseil supérieur de l'assistance publique, sur l'avis de la section compétente du conseil.

Art. 36. — Sont abrogées les dispositions du décret-loi du 24 vendémiaire an II, en ce qu'elles ont de contraire à la présente loi.

LOI

relative aux Sociétés de secours mutuels.

Du 1er avril 1898.

TITRE PREMIER

DISPOSITIONS COMMUNES A TOUTES LES SOCIÉTÉS

Article premier.— Les sociétés de secours mutuels sont des associations de prévoyance qui se proposent d'atteindre un ou plusieurs des buts suivants : assurer à leurs membres participants et à leurs familles des secours en cas de maladies, blessures ou infirmités, leur constituer des pensions de retraites, contracter à leur profit des assurances individuelles ou collectives en cas de vie, de décès ou d'accidents, pourvoir aux frais des funérailles et allouer des secours aux ascendants, aux veufs, veuves ou orphelins des membres participants décédés.

Elles peuvent, en outre, accesssoirement, créer au profit de leurs membres des cours professionnels, des offices gratuits de placement et accorder des allocations en cas de chômage, à la condition qu'il soit pourvu à ces trois ordres de dépenses au moyen de cotisations ou de recettes spéciales.

Art. 2. — Ne sont pas considérées comme sociétés de secours mutuels les associations qui, tout en organisant, sous un titre quelconque, tout ou partie des services prévus à l'article précédent, créent, au profit de telle ou telle catégorie de leurs membres et au détriment des autres, des avantages particuliers. Les sociétés de secours mutuels sont tenues de garantir à tous les membres participants les mêmes avantages sans autre distinction que celle qui résulte des cotisations fournies et des risques apportés.

Art. 3. — Les sociétés de secours mutuels peuvent se composer de membres participants et de membres honoraires ; les membres honoraires payent la cotisation fixée ou font des dons à l'association sans prendre part aux bénéfices attribués aux membres participants ; mais les statuts peuvent contenir des dispositions spéciales pour faciliter leur admission, au titre de membres participants, à la suite de revers de fortune.

Les femmes peuvent faire partie des sociétés et en créer : les femmes mariées exercent ce droit sans l'assistance de leur mari ; les mineurs peuvent faire partie de ces sociétés sans l'intervention de leur représentant légal.

L'administration et la direction des sociétés de secours mutuels ne peuvent être confiées qu'à des Français majeurs, de l'un ou l'autre sexe, non déchus de leurs droits civils ou civiques, sous réserve, pour les femmes mariées, des autorisations de droit commun.

Les sociétés de secours mutuels constituées entre étrangers ne peuvent exister qu'en vertu d'un arrêté ministériel toujours révocable. Par exception, elles peuvent choisir leurs administrateurs parmi leurs membres.

Les membres du conseil d'administration et du bureau des sociétés de secours mutuels seront nommés au bulletin secret.

Les administrateurs et directeurs ne pourront être choisis que parmi les membres participants et honoraires de la société.

Art. 4. — Un mois avant le fonctionnement d'une société de secours mutuels, ses fondateurs devront déposer en double exemplaire : 1° les statuts de ladite association ; 2° la liste des noms et des adresses de toutes les personnes qui, sous un titre quelconque, seront chargées à l'origine de l'administration ou de la direction.

Le dépôt a lieu, contre récépissé, à la sous-préfecture de l'arrondissement où la société a son siège social, ou à la préfecture du département.

Le maire de la commune en est informé immédiatement par les soins du préfet ou du sous-préfet.

Un extrait des statuts sera inséré dans le recueil des actes de la préfecture.

Tout changement dans les statuts ou dans la direction sera notifié et publié selon les formes indiquées ci-dessus.

Art. 5. — Les statuts déterminent :

1° Le siège social, qui ne peut être situé ailleurs qu'en territoire français ;

2° Les conditions et les modes d'admission et d'exclusion, tant des membres participants que des membres honoraires ;

3° La composition du bureau et du conseil d'administration, le mode d'élection de leurs membres, la nature et la durée de leurs pouvoirs ; les conditions du vote à l'assemblée générale et du droit pour les sociétaires de s'y faire représenter.

(Loi du 5 décembre 1908.) — Pour les Sociétés de secours mutuels constituées dans les armées de terre et de mer, la composition du conseil d'administration et le mode d'élection de ses membres, la nature et la durée de leurs pouvoirs, la constitution et le rôle de l'assemblée générale, sont réglés par des statuts modèles proposés par les ministres de la guerre ou de la marine et approuvés par le ministre qui a dans ses attributions la direction des services de la mutualité.

4° Les obligations et les avantages des membres participants ;

5° Le montant et l'emploi des cotisations des membres, soit honoraires, soit participants, les mode de placement et le retrait des fonds ;

6° Les conditions de la dissolution volontaire de la société ;

7° Les bases de la liquidation à intervenir si la dissolution a lieu ;

8° Le mode de conservation des documents intéressant la société ;

9° Le mode de constitution des retraites pour lesquelles il n'a pas été pris d'engagement ferme et dont l'importance est subordonnée aux ressources de la société ;

10° L'organisation des retraites garanties, et spécialement la fixation de leur quotité et de l'âge de l'entrée en jouissance ;

11° Les prélèvements à opérer sur les cotisations pour le service spécial des retraites, lorsque, conformément à la clause précédente, les cotisations des membres honoraires ou participants devront être affectées pour partie à la constitution de retraites garanties, que ce soit au moyen d'un fonds commun ou de livrets individuels ouverts au nom des sociétaires.

Art. 6. — Lorsque l'assemblée générale sera convoquée, les pouvoirs dont les sociétaires seront porteurs, si les statuts autorisent le vote par procuration, pourront être donnés sous seing privé et seront affranchis de tous droits de timbre et d'enregistrement ; ils seront déposés au siège social.

Les contestations sur la validité des opérations électorales seront portées, dans le délai de quinze jours à dater de l'élection, devant le juge de paix du siège de la société. Elles sont introduites par simple déclaration au greffe.

Le juge de paix statue, dans les quinze jours de cette déclaration, sans frais ni forme de procédure et sur simple avertissement donné trois jours à l'avance à toutes les parties intéressées.

La décision du juge de paix est en dernier ressort, mais elle peut être déférée à la cour de cassation. Le pourvoi n'est recevable que s'il est formé dans les dix jours de la notification de la décision. Il est formé par simple requête déposée au greffe de la justice de paix et dénoncée aux défendeurs dans les dix jours qui

suivent. Il est dispensé du ministère d'un avocat à la cour et jugé d'urgence sans frais ni amende.

Les pièces et mémoires fournis par les parties sont transmis sans frais par le greffier de la justice de paix au greffier de la cour de cassation. La chambre civile de cette cour statue directement sur le pourvoi.

Tous les actes sont dispensés du timbre et enregistrés gratis.

(Loi du 5 décembre 1908.) — Par dérogation aux prescriptions ci-dessus, les contestations relatives aux opérations électorales, de même qu'aux décisions du conseil d'administration ou de l'assemblée générale, dans les sociétés de secours mutuels des armées de terre et de mer, sont portées devant le ministre de la guerre ou le ministre de la marine dans le délai de quinze jours à dater de l'élection.

Le ministre statue sans recours.

Art. 7. — Dans les trois premiers mois de chaque année, les sociétés de secours mutuels doivent adresser, par l'intermédiaire des préfets, au Ministre de l'intérieur, et dans les formes qui seront déterminées par lui, la statistique de leur effectif, du nombre et de la nature des cas de la maladie de leurs membres, telle qu'elle est prescrite par la loi du 30 novembre 1892.

Art. 8. — Il peut être établi entre les sociétés de secours mutuels, en conservant d'ailleurs à chacune d'elles son autonomie, des unions, ayant pour objet notamment :

a) L'organisation, en faveur des membres participants, des soins et secours énumérés dans l'article 1er, notamment la création de pharmacies, dans les conditions déterminées par les lois spéciales sur la matière ;

b) L'admission des membres participants qui ont changé de résidence ;

c) Le règlement de leur pensions viagères de retraite ;

d) L'organisation d'assurances mutuelles pour les risques divers auxquels les sociétés se sont engagées à pourvoir, notamment la création de caisses de retraites et d'assurances communes à plusieurs sociétés pour les opérations à long terme et les opérations de longue durée ;

e) Le service des placements gratuits.

Art. 9. — Les sociétés de secours mutuels sont admises à contracter des assurances, soit en cas de décès, soit en cas d'accidents, aux caisses d'assurances instituées par la loi du 11 juillet 1868, en se conformant aux prescriptions des articles 7 et 15 de ladite loi.

Ces assurances peuvent se cumuler avec les assurances individuelles.

Art. 10. — Les infractions aux dispositions de la présente loi seront poursuivies contre les administrateurs ou les directeurs et punies d'une amende de 1 à 15 francs inclusivement.

Si une société est détournée de son but de société de secours mutuels, et si, trois mois après un avertissement donné par arrêté du préfet du département, cette société persiste à ne pas se conformer aux prescriptions de la présente loi ou aux dispositions de ses statuts, la dissolution pourra être prononcée par le tribunal civil de l'arrondissement.

Le ministère public introduira l'action en dissolution par un mémoire présenté au président du tribunal, énonçant les faits et accompagné des pièces justificatives ; ce mémoire sera notifié au président de la société avec assignation à jour fixe.

Le tribunal jugera en audience publique, sur les réquisitions du procureur de la République, le président de la société entendu ou régulièrement appelé.

Le jugement sera susceptible d'appel.

L'assistance de l'avoué ne sera obligatoire ni en première instance ni en appel.

En cas de fausse déclaration faite de mauvaise foi ou de toutes autres manœuvres tendant à dissimuler, sous le nom de sociétés de secours mutuels, des associations ayant un autre objet, les juges de répression auront la faculté de prononcer la dissolution à la requête du ministère public. Les administrateurs ou directeurs seront passibles d'une amende de 16 à 500 francs.

Art. 11. — La dissolution volontaire d'une société de secours mutuels ne peut être prononcée que dans une assemblée convoquée à cet effet par un avis indiquant l'objet de la réunion et à la condition de réunir à la fois une majorité des deux tiers des membres présents et la majorité des membres inscrits.

En cas de dissolution par les tribunaux, le jugement désigne un administrateur chargé de procéder à la liquidation définitive.

Aucun encaissement de cotisations autres que celles échues au jour de la liquidation ne peut plus être effectué.

Communication sera faite à l'administrateur des livres, registres, procès-verbaux et pièces de toute nature : la communication aura lieu sans déplacement, sauf le cas où le tribunal en aurait ordonné autrement.

La liquidation s'opérera conformément aux statuts ; elle sera homologuée sans frais par le tribunal, à la diligence du procureur de la République.

Art. 12. — Les secours, pensions, contrats d'assurances, livrets et généralement toutes sommes et tous titres à remettre par les sociétés de secours mutuels à leurs membres participants, sont incessibles et insaisissables jusqu'à concurrence de 360 francs par an pour les rentes et de 3,000 francs pour les capitaux assurés.

Art. 13. — Les sociétés de secours mutuels ayant satisfait aux prescriptions des articles précédents ont le droit d'ester en justice, tant en demandant qu'en défendant, par le président ou par le délégué ayant mandat spécial à cet effet, et peuvent obtenir l'assistance judiciaire aux conditions imposées par la loi du 22 janvier 1851.

Art. 14. — Les sociétés de secours mutuels se divisent en trois catégories :

1° Les sociétés libres ;

2° Les sociétés approuvées ;

3° Les sociétés reconnues comme établissements d'utilité publique.

TITRE II

DES SOCIÉTÉS LIBRES

Art. 15. — Les sociétés libres et unions de sociétés libres peuvent recevoir et employer les sommes provenant des cotisations des membres honoraires et participants, et généralement faire des actes de simple administration ; elles peuvent posséder des objets mobiliers, prendre des immeubles à bail pour l'installation de leurs divers services.

Elles peuvent, avec l'autorisation du préfet, recevoir des dons et legs mobiliers.

Toutefois, si la libéralité est faite à une société dont la circonscription comprend des communes situées dans des départements différents, il est statué par un décret du président de la République, le Conseil d'État entendu.

Lorsque l'emploi des dons et legs n'est pas déterminé par le donateur ou testa-

teur, cet emploi sera prescrit par l'arrêté ou le décret d'autorisation, en exécution de l'article 4 de l'ordonnance du 2 avril 1817.

Les sociétés libres ne peuvent acquérir des immeubles sous quelque forme que ce soit, à peine de nullité, sauf les immeubles exclusivement affectés à leurs services. Elles ne peuvent, à peine de nullité, recevoir des dons ou legs immobiliers qu'à charge de les aliéner et d'obtenir l'autorisation mentionnée au paragraphe 3 ci-dessus. La nullité sera prononcée en justice, soit sur la demande des parties intéressées, soit d'office, sur les réquisitions du ministère public.

TITRE III

DES SOCIÉTÉS APPROUVÉES

Art. 16. — Les sociétés de secours mutuels et les unions de sociétés prévues à l'article 8 qui auront fait approuver leurs statuts par arrêté ministériel auront tous les droits accordés aux sociétés libres et unions de sociétés libres, et jouiront des avantages concédés par les articles suivants.

(Loi du 2 juillet 1904.) — Les unions de sociétés libres et les unions mixtes de sociétés libres et approuvées peuvent recevoir l'approbation, à la condition de se conformer aux dispositions du présent article et des articles suivants.

L'approbation ne peut être refusée que dans les deux cas suivants :

1° Pour non-conformité des statuts avec les dispositions de la loi ;

2° Si les statuts ne prévoient pas des recettes proportionnées aux dépenses, pour la constitution des retraites garanties ou des assurances en cas de vie, de décès ou d'accidents.

L'approbation ou le refus d'approbation doit avoir lieu dans le délai de trois mois. Le refus d'approbation doit être motivé par une infraction aux lois et notamment aux dispositions du paragraphe 4 du présent article.

En cas de refus d'approbation, un recours peut être formé devant le Conseil d'État. Ce recours sera dispensé de tout droit ; il pourra être formé sans ministère d'avocat.

Tout changement dans les statuts d'une société approuvée doit être l'objet d'une nouvelle demande d'approbation, et aucune modification statutaire ne peut être mise à exécution si elle n'a pas été préalablement approuvée.

Il sera procédé, pour les changements dans les statuts, comme en matière de statuts primitifs, pour tout ce qui concerne les dépôts, les délais et les recours.

Art. 17. — Les sociétés de secours mutuels approuvées pourront, sous réserve de l'autorisation du Conseil d'État, recevoir des dons et legs immobiliers.

Les immeubles compris dans un acte de donation ou dans une disposition testamentaire, que les sociétés n'auront pas été autorisées à conserver, seront aliénés dans les délais et la forme prescrits par le décret qui en autorise l'acceptation ; le délai pourra, en cas de nécessité, être prorogé.

Les sociétés de secours mutuels et les unions approuvées prévues à l'article 8 peuvent être autorisées, par décret rendu en Conseil d'État, à acquérir les immeubles nécessaires soit à leurs services d'administration, soit à leur service d'hospitalisation.

Art. 18. — Les communes sont tenues de fournir aux sociétés approuvées qui le demandent les locaux nécessaires à leurs réunions, ainsi que les livrets et registres nécessaires à l'administration et à la comptabilité. En cas d'insuffisance

des ressources des communes, cette dépense est mise à la charge des départements. Dans le cas où la société s'étend sur plusieurs communes ou sur plusieurs départements, cette obligation incombe d'abord à la commune dans laquelle est établi le siège social, ensuite au département auquel appartient cette commune.

Dans les villes où il existe une taxe municipale sur les convois, il est accordé aux sociétés approuvées remise des deux tiers des droits sur les convois dont elles peuvent avoir à supporter les frais, aux termes de leurs statuts.

Art. 19. — Tous les actes intéressant les sociétés approuvées sont exempts des droits de timbre et d'enregistrement.

Sont également exempts du droit de timbre de quittance les reçus de cotisations des membres honoraires ou participants, les reçus des sommes versées aux pensionnaires, ainsi que les registres à souche qui servent au paiement des journées de maladies.

Cette disposition n'est pas applicable aux transmissions de propriété, d'usufruit ou de jouissance de biens meubles et immeubles soit entre vifs, soit par décès.

Conformément aux articles 19 de la loi du 11 juillet 1868 et 24 de la loi du 20 juillet 1886, les certificats, actes de notoriété et autres pièces exclusivement relatives à l'exécution des lois précitées et de la présente loi seront délivrés gratuitement et exempts des droits de timbre et d'enregistrement.

Art. 20. — Les placements des sociétés de secours mutuels approuvées doivent être effectués en dépôt aux caisses d'épargne, à la Caisse des dépôts et consignations, en rentes sur l'État, bons du Trésor ou autres valeurs créées ou garanties par l'État, en obligations des départements et des communes, du Crédit foncier de France ou des Compagnies françaises de chemins de fer qui ont une garantie d'intérêts de l'État.

Les sociétés de secours mutuels approuvées pourront, en outre, posséder ou acquérir des immeubles jusqu'à concurrence des trois quarts de leur avoir, les vendre et les échanger.

Pour être valables, ces opérations devront être votées à la majorité des trois quarts des voix par une assemblée générale extraordinaire composée au moins de la moitié des membres de la société, présents ou représentés.

Les titres et valeurs au porteur appartenant aux sociétés de secours mutuels approuvées seront déposés à la Caisse des dépôts et consigations, qui sera chargée de l'encaissement des arrérages, coupons et primes de remboursement de ces titres, et en portera le montant au compte de dépôt de chaque société.

Art. 21. — Les sociétés de secours mutuels approuvées sont admises à verser des capitaux à la Caisse des dépôts et consignations :

1° En compte courant disponible ;

2° En un compte affecté pour toute la durée de la société à la formation et à l'accroissement d'un fonds commun inaliénable.

Le fonds commun de retraites existant au jour de la promulgation de la loi ne peut être supprimé.

Il peut être placé soit à la Caisse des dépôts et consignations, soit en valeurs ou immeubles, conformément aux articles 17 et 20, soit à la caisse des retraites.

Pour l'avenir, les statuts de chaque société déterminent si elle entend user de cette faculté de constituer un fonds commun et dans quelles conditions; ils règlent les moyens de l'alimenter, qu'il s'agisse d'un fonds commun conservé ou d'un fonds commun à créer. Ils décident notamment si la société devra verser

à ce fonds, en totalité ou en partie, les subventions de l'État, les dons et legs, les cotisations des membres honoraires et les autres ressources disponibles.

Le compte courant et le fonds commun portent intérêt à un taux égal à celui de la caisse nationale des retraites pour la vieillesse.

(Ainsi modifié par la loi du 31 mars 1903.) — La différence entre le taux de 4 1/2 %, déterminé pour le compte courant et le fonds commun par le décret-loi du 26 mars 1852 et le décret du 26 avril 1856 et l'intérêt servi par la Caisse des dépôts et consignations sera versée, à titre de bonification, à chaque société de secours mutuels approuvée ou reconnue d'utilité publique, en raison de son avoir à la caisse des dépôts et consignations (fonds libres et fonds de retraite), au moyen d'un crédit inscrit chaque année au budget du ministère de l'intérieur. L'intérêt servi par la Caisse des dépôts et consignations est égal à celui qu'elle a retiré de ses placements durant le cours de l'année précédente; le taux en est déterminé au commencement de chaque année, après avis de la commission de surveillance de la Caisse des dépôts et consignations, par un décret rendu sur la proposition du ministre des finances et du ministre de l'intérieur.

Les intérêts qui ne reçoivent pas d'emploi au cours de l'année sont capitalisés tous les ans.

La Caisse des dépôts et consignations aura la faculté de faire emploi des fonds versés aux comptes ci-dessus désignés, dans les mêmes conditions que pour les fonds des caisses d'épargne. Elle pourra, en outre, avec les capitaux du fonds commun, faire des prêts aux départements, aux communes et aux chambres de commerce.

Art. 22. — Les pensions de retraites peuvent être constituées soit sur le fonds commun, soit sur le livret individuel qui appartient en toute propriété à son titulaire, à capital aliéné ou réservé.

Art. 23. — Les pensions de retraites alimentées par le fonds commun sont constituées à capital réservé au profit de la société. Elles sont servies directement par la société à l'aide des intérêts de ce fonds, ou par l'intermédiaire de la Caisse nationale des retraites.

Pour bénéficier de ces pensions, les membres participants doivent être âgés d'au moins cinquante ans, avoir acquitté la cotisation sociale pendant quinze ans au moins et remplir les conditions statutaires fixées pour l'obtention de la pension.

Les sociétés qui constituent sur le fonds commun des pensions de retraites garanties sont tenues de produire, tous les cinq ans au moins, au ministre de l'intérieur, la situation de leurs engagements, éventuels et liquides, et des ressources correspondantes, en se conformant aux modèles qui leur sont fournis par l'administration compétente. Elles devront modifier, s'il y a lieu, leurs statuts d'après les résultats de ces inventaires au moins quinquennaux.

Art. 24. — Les pensions de retraites constituées par le livret individuel, à l'aide de la Caisse nationale des retraites ou d'une caisse autonome, sont formées, en conformité des statuts, au moyen de versements effectués par la société au compte de chacun de ses membres participants.

Ces versements proviennent :

1° De la cotisation spéciale que le sociétaire a lui-même acquittée en vue de la retraite, ou de la portion de la cotisation unique prélevée en vue de ce service;

2° De tout ou partie des arrérages annuels du fonds commun inaliénable, s'il en existe un;

3° Des autres ressources dont les statuts autorisent l'emploi en capital au profit des livrets individuels.

Les versements effectués par la société sur le livret individuel le sont à capital aliéné ou à capital réservé, au profit de la société, suivant que les statuts en auront décidé.

Quant aux versements qui proviennent de cotisations du membre participant, ils peuvent être, au choix de ce membre, faits à capital aliéné ou à capital réservé, au profit de ses ayants droit.

Pour la liquidation des pensions de retraites constituées à capital aliéné et à jouissance immédiate par les sociétés de secours mutuels, les tarifs à la caisse nationale des retraites seront calculés jusqu'à quatre-vingts ans.

Art. 25. — En dehors des retraites garanties ou non garanties, constituées, soit à l'aide des fonds communs, soit au moyen du livret individuel, dans les conditions prévues aux articles 23 et 24, les sociétés peuvent accorder à leurs membres des allocations, non pas viagères, mais annuelles, prises sur les ressources disponibles. Le montant en sera fixé chaque année par l'assemblée générale. Les titulaires sont désignés par elle, parmi les membres âgés de plus de cinquante ans et ayant acquitté la cotisation sociale au moins pendant quinze ans.

Les statuts déterminent les autres conditions que doivent remplir les bénéficiaires.

Le service de ces allocations annuelles s'effectue à l'aide des arrérages du fonds commun inaliénable ou des autres ressources disponibles.

Une indemnité pécuniaire, fixée également chaque année en assemblée générale et prélevée sur les fonds de réserve, peut être allouée aux membres participants devenus infirmes ou incurables avant l'âge fixé par les statuts pour être admissibles à la pension viagère de retraite.

Art. 26. — A partir de la promulgation de la présente loi, les arrérages des dotations et les subventions annuellement inscrites au budget du ministère de l'intérieur au profit des sociétés de secours mutuels seront employés à accorder à ces sociétés des allocations : 1° pour encourager la formation des pensiens de retraite à l'aide du fonds commun ou du livret individuel; 2° pour bonifier les pensions liquidées à partir du 1er janvier 1895 et dont le montant, y compris la subvention de l'État, ne sera pas supérieur à 360 francs; 3° pour donner, en raison du nombre de leurs membres, des subventions aux sociétés qui ne constituent pas de retraites.

Pour chacune de ces affectations, la répartition du crédit aura lieu dans les proportions et suivant les barèmes arrêtés par le Ministre de l'intérieur, après avis du conseil supérieur.

Il sera, préalablement à toute répartition, opéré chaque année, sur les dotations et subventions, un prélèvement déterminé par le conseil supérieur, qui ne pourra dépasser 5 p. 100 de l'actif total, pour venir en aide aux sociétés de secours mutuels qui, par suite d'épidémies ou de toute autre cause de force majeure, seraient momentanément hors d'état de remplir leurs engagements.

Les subventions de l'État en vue de la retraite par livret individuel profiteront aux étrangers lorsque leur pays d'origine aura garanti par un traité des avantages équivalents à nos nationaux.

Les pensions allouées sur le fonds commun ne pourront être servies aux étrangers que dans le cas où ils résideront en territoire français.

Art. 27. — Un règlement d'administration publique détermine les conditions et

les garanties à exiger pour l'organisation des caisses autonomes que les sociétés ou les unions pourront constituer, soit pour servir des pensions de retraites, soit pour réaliser l'assurance en cas de vie, de décès ou d'accident et, d'une manière générale, toutes les mesures d'application destinées à assurer l'exécution de la loi.

Les fonds versés dans ces caisses devront être employés en rente sur l'État, en valeurs du Trésor ou garanties par le Trésor, en obligations départementales ou en valeurs énumérées au paragraphe 1er de l'article 20.

La gestion de ces caisses sera soumise à la vérification de l'inspection des finances et au contrôle du receveur particulier de l'arrondissement du siège de la caisse.

La Caisse des dépôts et consignations est tenue d'envoyer, dans le courant du premier trimestre de chaque année, aux présidents des sociétés de secours mutuels ayant constitué des pensions de retraites en faveur de leurs membres participants la liste des retraités qui, dans l'année précédente, n'auront pas touché leurs arrérages.

Art. 28. — Les sociétés de secours mutuels qui accordent à leurs membres ou à quelques-uns seulement des indemnités moyennes supérieures à 5 francs par jour, des allocations annuelles ou des pensions supérieures à 360 francs et des capitaux en cas de vie ou de décès supérieurs à 3,000 francs ne participent pas aux subventions de l'État et ne bénéficient ni du taux spécial d'intérêt fixé par les décrets du 26 mars 1852, 26 avril 1856, ni des avantages accordés par la présente loi sous forme de remise de droits d'enregistrement et de frais de justice.

Les sociétaires qui s'affilieront à plusieurs sociétés en vue de se constituer une pension supérieure à 360 francs, ou des capitaux en cas de vie ou de décès supérieurs à 3,000 francs, seront exclus des sociétés de secours mutuels dont ils font partie, sous peine, pour la société, de perdre les avantages concédés par la présente loi.

Art. 29. — Dans les trois premiers mois de chaque année, les sociétés de secours mutuels approuvées doivent adresser au Ministre de l'intérieur, par l'intermédiaire des préfets et dans les formes prescrites indépendamment de la statistique exigée par l'article 8, le compte rendu de leur situation morale et financière.

Elles sont tenues de communiquer leurs livres, registres, procès-verbaux et pièces comptables de toute nature aux préfets, sous-préfets ou à leurs délégués. Cette communication a lieu sans déplacement, sauf dans le cas où il en serait autrement ordonné par arrêté du préfet.

Les infractions aux prescriptions du paragraphe 2 du présent article seront punies d'une amende de 16 à 500 francs.

Art. 30. — Dans le cas d'inexécution des statuts ou de violation des dispositions de la présente loi, l'approbation peut être retirée par un décret rendu en Conseil d'État sur la proposition motivée du Ministre de l'intérieur et après avis du conseil supérieur des sociétés de secours mutuels, lequel sera convoqué dant le plus bref délai.

La décision portant retrait d'approbation sera susceptible d'un recours aux contentieux devant le Conseil d'État sans ministère d'avocat et avec dispense de tous droits.

Art. 31. — Lorsque la dissolution d'une société approuvée est votée par l'assemblée générale conformément aux statuts, ou ordonnée par le tribunal, la liquidation est poursuivie sous la surveillance du préfet ou de son délégué.

Il est prélevé sur l'actif social, y compris le fonds commun inaliénable de retraites déposé à la Caisse des dépôts et consignations, et dans l'ordre suivant :

1° Le montant des engagements contractés vis-à-vis des tiers;

2° Les sommes nécessaires pour remplir les engagements contractés vis-à-vis des membres participants, notamment en ce qui concerne les pensions viagères et les assurances en cas de décès, de vie ou d'accident;

3° *a*) Une somme égale au montant des subventions et secours accordés depuis l'origine de la société par l'État, à titre inaliénable, sur les fonds de la dotation ou autres, pour être, ladite somme, versée au compte de la dotation des sociétés de secours mutuels;

b) Des sommes égales au montant des subventions et secours accordés depuis l'origine de la société par les départements et les communes, à titre inaliénable, pour être, lesdites sommes, réintégrées dans leurs caisses;

c) Des sommes égales au montant des dons et legs faits à titre inaliénable, pour être employées conformément aux volontés des donateurs et testateurs, s'ils ont prévu le cas de liquidation, ou, si leur volonté n'a pas été exprimée, pour être ajoutées au compte de dotation des sociétés de secours mutuels.

Si, après le payement des engagements contractés vis-à-vis des tiers et des sociétaires, il ne reste pas de fonds suffisants pour le plein des prélèvements prévus au paragraphe 3 ci-dessus, ces prélèvements auront lieu au marc le franc des versements faits respectivement par l'État, les départements, les communes, les particuliers.

Le surplus de l'actif social sera, s'il y a lieu, réparti entre les membres participants appartenant à la société au jour de la dissolution et non pourvus d'une pension ou indemnité annuelle, au prorata des versements opérés par chacun d'eux depuis leur entrée dans la société, sans qu'ils puissent recevoir une somme supérieure à leur contribution personnelle. Le reliquat sera attribué au fonds de dotation.

TITRE IV

DES SOCIÉTÉS RECONNUES COMME ÉTABLISSEMENTS D'UTILITÉ PUBLIQUE

Art. 32. — Les sociétés de secours mutuels et les unions sont reconnues comme établissements d'utilité publique par décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique.

La demande est adressée au préfet avec les pièces suivantes : la liste nominative des personnes qui ont adhéré et trois exemplaires des projets de statuts et du règlement intérieur.

Art. 33. — Les sociétés reconnues comme établissements d'utilité publique jouissent des avantages accordés aux sociétés approuvées. Elles peuvent, en outre, posséder et acquérir, vendre et échanger des immeubles, dans les conditions déterminées par le décret déclarant l'utilité publique.

Elles sont soumises aux obligations de l'article 11 qui précède.

TITRE V

CONSEIL SUPÉRIEUR. — RAPPORTS ANNUELS. — TABLES STATISTIQUES

Art. 34. — Il est institué près le Ministère de l'intérieur un conseil supérieur de sociétés de secours mutuels. Ce conseil est composé de trente-six membres, savoir :

Deux sénateurs élus par leurs collègues;
Deux députés élus par leurs collègues;
Deux conseillers d'État élus par leurs collègues;
Un délégué du Ministre de l'intérieur;
Un délégué du Ministre de l'agriculture;
Un délégué du Ministre du commerce;

Un membre de l'Académie des sciences morales et politiques, désigné par l'Académie;

Un membre du Conseil supérieur du travail nommé par ses collègues;

Deux membres agrégés de l'institut des actuaires français désignés par le Ministre de l'intérieur;

Le directeur général de la comptabilité publique au Ministère des finances;
Le directeur du mouvement général des fonds au même Ministère;
Le directeur général de la Caisse des dépôts et consignations;

Un membre de l'Académie de médecine désigné par l'Académie et un représentant des syndicats médicaux, élu par les délégués de ces syndicats dans les formes qui seront déterminées par un règlement d'administration publique;

Dix-huit représentants de sociétés de secours mutuels, dont six appartenant aux sociétés libres, élus par les délégués des sociétés dans les formes qui seront déterminées par les règlements d'administration publique.

Chaque représentant des sociétés approuvées sera élu par un collège comprenant un certain nombre de départements.

Cette division sera faite par le règlement d'administration publique à intervenir, de telle sorte que chaque collège comprenne un nombre à peu près égal de mutualistes.

Tous les membres sont nommés pour quatre ans; leurs pouvoirs sont renouvelables; leurs fonctions sont gratuites.

Le Ministre de l'intérieur est président de droit du Conseil supérieur des sociétés de secours mutuels.

Le conseil choisit parmi ses membres ses deux vice-présidents et son secrétaire. Il est convoqué par le Ministre compétent au moins une fois tous les six mois et toutes les fois que cela lui paraîtra nécessaire.

Il reçoit communication des états statistiques et des comptes rendus de la situation financière fournis par les sociétés de secours mutuels, ainsi que des inventaires au moins quinquennaux et des autres documents fournis par les sociétés de secours mutuels, en exécution des articles 8, 23 et 29 ci-dessus.

Il donne son avis sur toutes les dispositions réglementaires ou autres qui concernent le fonctionnement des sociétés de secours mutuels, et notamment sur le mode de répartition des subventions et secours qui seront attribués sur les mêmes bases et dans les mêmes proportions pour les retraites constituées soit à l'aide du fonds commun, soit à l'aide de livrets individuels.

Art. 35. — Sept membres nommés par le Ministre, dont quatre pris parmi ceux qui procèdent de l'élection, constituent une section permanente.

La section permanente a pour fonction de donner son avis sur toutes les questions qui lui sont renvoyées, soit par le conseil supérieur, soit par le Ministre.

Le Ministre de l'intérieur soumet, chaque année, au Président de la République un rapport, qui est présenté au Sénat et à la Chambre des députés, sur les opérations des sociétés de secours mutuels et sur les travaux du conseil supérieur.

Art. 36. — Dans un délai de deux ans après la promulgation de la présente loi,

les Ministres de l'intérieur et du commerce feront établir des tables de mortalité et de morbidité applicables aux sociétés de secours mutuels.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 37. — Les sociétés de secours mutuels antérieurement autorisées ou approuvées sont tenues, dans le délai de deux ans, de se conformer aux prescriptions de la présente loi. Jusqu'à l'expiration de ce délai, elles continueront à s'administrer conformément à leurs statuts.

Les sociétés approuvées, qui ne solliciteront pas, dans ce délai, ou n'obtiendront pas l'approbation de leurs statuts, devront placer leurs fonds communs en valeurs nominatives, conformément à l'article 20 ci-dessus, et déposer leurs titres à la Caisse des dépôts et consignations. L'inexécution de ces dispositions entraînera l'application des articles 10 et 30 de la présente loi.

Toutefois, les sociétés qui assurent leurs membres exclusivement contre la maladie sont dispensées de solliciter de nouveau cette approbation.

Le Ministre de l'intérieur, après avis du conseil supérieur, prévu à l'article 34, déterminera dans quelle mesure il pourra être fait exception, pour le passé, aux prescriptions de l'article 2 en faveur des sociétés de secours mutuels qui, établies en vue de l'assurance contre la maladie, auront accordé certains avantages à ceux de leurs membres entrés dans la société à un âge relativement avancé et n'ayant pu arriver à la liquidation de leur pension en satisfaisant aux conditions normales de stage.

Art. 38. — Les articles 13, 18, 19 et 21 de la présente loi, à l'exception, pour ce dernier, de ce qui concerne le fonds commun, s'appliquent aux sociétés régulièrement constituées, en conformité du titre III de la loi du 29 juin 1894 dont l'article 20 est abrogé.

Art. 39. — Le décret-loi du 27 mars 1858 est ainsi modifié :

« Les personnes auxquelles le Gouvernement de la République aura accordé des médailles d'honneur, en leur qualité de membre d'une société de secours mutuels, libre ou approuvée, pourront porter publiquement ces récompenses. »

Art. 40. — Les syndicats professionnels constitués légalement aux termes de la loi du 21 mars 1884 qui ont prévu dans leurs statuts les secours mutuels entre leurs membres adhérents bénéficieront des avantages de la présente loi, à la condition de se conformer à ses prescriptions.

Art. 41. — Toutes les dispositions contraires à la présente loi sont abrogées.

LOI

modifiant le premier paragraphe de l'article 16 de la loi du 1er avril 1898 sur les sociétés de secours mutuels

du 2 juillet 1904.

Article unique. — Le premier paragraphe de l'article 16 de la loi du 1er avril 1898, sur les sociétés de secours mutuels, est complété ainsi qu'il suit :

« Les unions de sociétés libres et les unions mixtes de sociétés libres et approuvées peuvent recevoir l'approbation, à la condition de se conformer aux dispositions du présent article et des articles suivants. »

LOI

concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail

du 9 avril 1898

(Modifiée par les lois des 22 mars 1902, 31 mars 1905 et 17 avril 1906).

TITRE PREMIER

INDEMNITÉS EN CAS D'ACCIDENTS

Article premier. — Les accidents survenus par le fait du travail, ou à l'occasion du travail, aux ouvriers et employés occupés dans l'industrie du bâtiment, les usines, manufactures, chantiers, les entreprises de transport par terre et par eau, de chargement et de déchargement, les magasins publics, mines, minières, carrières et, en outre, dans toute exploitation ou partie d'exploitation dans laquelle sont fabriquées ou mises en œuvre des matières explosives, ou dans laquelle il est fait usage d'une machine mue par une force autre que celle de l'homme ou des animaux, donnent droit, au profit de la victime ou de ses représentants, à une indemnité à la charge du chef d'entreprise, à la condition que l'interruption de travail ait duré plus de quatre jours.

Les ouvriers qui travaillent seuls d'ordinaire ne pourront être assujettis à la présente loi par le fait de la collaboration accidentelle d'un ou de plusieurs de leurs camarades.

Art. 2. — *(Modifié par la loi du 22 mars 1902.)* Les ouvriers et employés désignés à l'article précédent ne peuvent se prévaloir, à raison des accidents dont ils sont victimes dans leur travail, d'aucunes dispositions autres que celles de la présente loi.

Ceux dont le salaire annuel dépasse deux mille quatre cents francs (2,400 fr.) ne bénéficient de ces dispositions que jusqu'à concurrence de cette somme. Pour le surplus, ils n'ont droit qu'au quart des rentes stipulées par l'article 3, à moins de conventions contraires élevant le chiffre de la quotité.

Art. 3. — *(Modifié par la loi du 31 mars 1905.)* Dans les cas prévus à l'article premier, l'ouvrier ou employé a droit :

Pour l'incapacité absolue et permanente, à une rente égale aux deux tiers de son salaire annuel;

Pour l'incapacité partielle et permanente, à une rente égale à la moitié de la réduction que l'accident aura fait subir au salaire;

Pour l'incapacité temporaire, si l'incapacité de travail a duré plus de quatre jours, à une indemnité journalière, sans distinction entre les jours ouvrables et les dimanches et jours fériés, égale à la moitié du salaire touché au moment de l'accident, à moins que le salaire ne soit variable; dans ce dernier cas, l'indemnité journalière est égale à la moitié du salaire moyen des journées de travail pendant le mois qui a précédé l'accident. L'indemnité est due à partir du cinquième jour après celui de l'accident; toutefois, elle est due à partir du premier jour si l'incapacité de travail a duré plus de dix jours. L'indemnité journalière est payable aux époques et lieu de paye usités dans l'entreprise, sans que l'intervalle puisse excéder seize jours.

Lorsque l'accident est suivi de mort, une pension est servie aux personnes ci-après désignées, à partir du décès, dans les conditions suivantes :

a) Une rente viagère égale à vingt pour cent (20 °/₀) du salaire annuel de la

victime pour le conjoint survivant non divorcé ou séparé de corps, à la condition que le mariage ait été contracté antérieurement à l'accident.

En cas de nouveau mariage, le conjoint cesse d'avoir droit à la rente mentionnée ci-dessus; il lui sera alloué, dans ce cas, le triple de cette rente à titre d'indemnité totale.

b) Pour les enfants, légitimes ou naturels, reconnus avant l'accident, orphelins de père ou de mère, âgés de moins de seize ans, une rente calculée sur le salaire annuel de la victime à raison de quinze pour cent (15 %) de ce salaire s'il n'y a qu'un enfant, de vingt-cinq pour cent (25 %) s'il y en a deux, de trente-cinq pour cent (35 %) s'il y en a trois et de quarante pour cent (40 %) s'il y en a quatre ou un plus grand nombre.

Pour les enfants, orphelins de père et de mère, la rente est portée pour chacun d'eux à vingt pour cent (20 %) du salaire.

L'ensemble de ces rentes ne peut, dans le premier cas, dépasser quarante pour cent (40 %) du salaire, ni soixante pour cent (60 %) dans le second.

c) Si la victime n'a ni conjoint ni enfant dans les termes des paragraphes *a* et *b*, chacun des ascendants et descendants qui étaient à sa charge recevra une rente viagère pour les ascendants et payable jusqu'à seize ans pour les descendants. Cette rente sera égale à dix pour cent (10 %) du salaire annuel de la victime, sans que le montant total des rentes ainsi allouées puisse dépasser trente pour cent (30 %).

Chacune des rentes prévues par le paragraphe *c* est, le cas échéant, réduite proportionnellement.

Les rentes constituées en vertu de la présente loi sont payables à la résidence du titulaire, ou au chef-lieu de canton de cette résidence, et, si elles sont servies par la Caisse nationale des retraites, chez le préposé de cet établissement désigné par le titulaire.

Elles sont payables par trimestre et à terme échu; toutefois, le tribunal peut ordonner le paiement d'avance de la moitié du premier arrérage.

Ces rentes sont incessibles et insaisissables.

Les ouvriers étrangers, victimes d'accidents, qui cesseraient de résider sur le territoire français, recevront, pour toute indemnité, un capital égal à trois fois la rente qui leur avait été allouée.

Il en sera de même pour leurs ayants droit étrangers, cessant de résider sur le territoire français, sans que toutefois le capital puisse dépasser la valeur actuelle de la rente d'après le tarif visé à l'article 28.

Les représentants étrangers d'un ouvrier étranger ne recevront aucune indemnité si, au moment de l'accident, ils ne résidaient pas sur le territoire français.

Les dispositions des trois alinéas précédents pourront, toutefois, être modifiées par traités dans la limite des indemnités prévues au présent article, pour les étrangers dont les pays d'origine garantiraient à nos nationaux des avantages équivalents.

Art. 4. — *(Modifié par la loi du 31 mars 1905.)* Le chef d'entreprise supporte, en outre, les frais médicaux et pharmaceutiques et les frais funéraires. Ces derniers sont évalués à la somme de cent francs (100 fr.) au maximum.

La victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien. Dans ce cas, le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux et pharmaceutiques que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton où est survenu l'accident, conformément à un tarif qui sera établi par arrêté du Ministre du commerce, après avis d'une commission spéciale compre-

nant des représentants de syndicats de médecins et de pharmaciens, de syndicats professionnels ouvriers et patronaux, de sociétés d'assurances contre les accidents du travail et de syndicats de garantie, et qui ne pourra être modifié qu'à intervalle de deux ans.

Le chef d'entreprise est seul tenu dans tous les cas, en outre des obligations contenues en l'article 3, des frais d'hospitalisation qui, tout compris, ne pourront dépasser le tarif établi pour l'application de l'article 24 de la loi du 15 juillet 1893 majoré de cinquante pour cent (50 %), ni excéder jamais quatre francs (4 fr.) par jour pour Paris, ou trois francs cinquante centimes (3 fr. 50) partout ailleurs.

Les médecins et pharmaciens ou les établissements hospitaliers peuvent actionner directement le chef d'entreprise.

Au cours du traitement, le chef d'entreprise pourra désigner au juge de paix un médecin chargé de le renseigner sur l'état de la victime. Cette désignation, dûment visée par le juge de paix, donnera audit médecin accès hebdomadaire auprès de la victime, en présence du médecin traitant, prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée.

Faute par la victime de se prêter à cette visite, le payement de l'indemnité journalière sera suspendu par décision du juge de paix, qui convoquera la victime par simple lettre recommandée.

Si le médecin certifie que la victime est en état de reprendre son travail et que celle-ci le conteste, le chef d'entreprise peut, lorsqu'il s'agit d'une incapacité temporaire, requérir du juge de paix une expertise médicale qui devra avoir lieu dans les cinq jours.

Art. 5. — Les chefs d'entreprise peuvent se décharger, pendant les trente, soixante ou quatre-vingt-dix premiers jours à partir de l'accident, de l'obligation de payer aux victimes les frais de maladie et l'indemnité temporaire, ou une partie seulement de cette indemnité, comme il est spécifié ci-après, s'ils justifient :

1° Qu'ils ont affilié leurs ouvriers à des Sociétés de secours mutuels et pris à leur charge une quote-part de la cotisation qui aura été déterminée d'un commun accord, et en se conformant aux statuts-type approuvés par le ministre compétent, mais qui ne devra pas être inférieure au tiers de cette cotisation ;

2° Que ces Sociétés assurent à leurs membres, en cas de blessures, pendant trente, soixante ou quatre-vingt-dix jours, les soins médicaux et pharmaceutiques et une indemnité journalière.

Si l'indemnité journalière servie par la Société est inférieure à la moitié du salaire quotidien de la victime, le chef d'entreprise est tenu de lui verser la différence.

Art. 6. — Les exploitants de mines, minières et carrières peuvent se décharger des frais et indemnités mentionnés à l'article précédent moyennant une subvention annuelle versée aux Caisses ou Sociétés de secours constituées dans ces entreprises, en vertu de la loi du 29 juin 1894.

Le montant et les conditions de cette subvention devront être acceptés par la Société et approuvés par le Ministre des Travaux publics.

Ces deux dispositions seront applicables à tous autres chefs d'industrie qui auront créé en faveur de leurs ouvriers des Caisses particulières de secours en conformité du titre III de la loi du 29 juin 1894. L'approbation prévue ci-dessus sera, en ce qui les concerne, donnée par le Ministre du Commerce et de l'Industrie.

Art. 7. — (*Modifié par la loi du 22 mars 1902.*) Indépendamment de l'action

résultant de la présente loi, la victime ou ses représentants conservent, contre les auteurs de l'accident, autres que le patron ou ses ouvriers et préposés, le droit de réclamer la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun.

L'indemnité qui leur sera allouée exonérera à due concurrence le chef de l'entreprise des obligations mises à sa charge. Dans le cas où l'accident a entraîné une incapacité permanente ou la mort, cette indemnité devra être attribuée sous forme de rentes servies par la Caisse nationale des retraites.

En outre de cette allocation sous forme de rente, le tiers reconnu responsable pourra être condamné, soit envers la victime, soit envers le chef de l'entreprise, si celui-ci intervient dans l'instance, au payement des autres indemnités et frais prévus aux articles 3 et 4 ci-dessus.

Cette action contre les tiers responsables pourra même être exercée par le chef d'entreprise, à ses risques et périls, au lieu et place de la victime ou de ses ayants droit, si ceux-ci négligent d'en faire usage.

Art. 8. — Le salaire qui servira de base à la fixation de l'indemnité allouée à l'ouvrier âgé de moins de seize ans ou à l'apprenti victime d'un accident ne sera pas inférieur au salaire le plus bas des ouvriers valides de la même catégorie occupés dans l'entreprise.

Toutefois, dans le cas d'incapacité temporaire, l'indemnité de l'ouvrier âgé de moins de seize ans ne pourra pas dépasser le montant de son salaire.

Art. 9. — Lors du règlement définitif de la rente viagère, après le délai de revision prévu à l'article 19, la victime peut demander que le quart au plus du capital nécessaire à l'établissement de cette rente, calculé d'après les tarifs dressés pour les victimes d'accidents par la Caisse des retraites pour la vieillesse, lui soit attribué en espèces.

Elle peut aussi demander que ce capital, ou ce capital réduit du quart au plus comme il vient d'être dit, serve à constituer sur sa tête une rente viagère réversible, pour moitié au plus, sur la tête de son conjoint. Dans ce cas, la rente viagère sera diminuée de façon qu'il ne résulte de la réversibilité aucune augmentation de charges pour le chef de l'entreprise.

Le tribunal, en chambre du conseil, statuera sur ces demandes.

Art. 10. — (*Modifié par la loi du 31 mars 1905.*) Le salaire servant de base à la fixation des rentes s'entend, pour l'ouvrier occupé dans l'entreprise pendant les douze mois avant l'accident, de la rémunération effective qui lui a été allouée pendant ce temps, soit en argent, soit en nature.

Pour les ouvriers occupés pendant moins de douze mois avant l'accident, il doit s'entendre de la rémunération effective qu'ils ont reçue depuis leur entrée dans l'entreprise, augmentée de la rémunération qu'ils auraient pu recevoir pendant la période de travail nécessaire pour compléter les douze mois, d'après la rémunération moyenne des ouvriers de la même catégorie pendant ladite période.

Si le travail n'est pas continu, le salaire annuel est calculé tant d'après la rémunération reçue pendant la période d'activité que d'après le gain de l'ouvrier pendant le reste de l'année.

Si, pendant les périodes visées aux alinéas précédents, l'ouvrier a chômé exceptionnellement et pour des causes indépendantes de sa volonté, il est fait état du salaire moyen qui eût correspondu à ces chômages.

TITRE II

DÉCLARATION DES ACCIDENTS ET ENQUÊTE

Art. 11. — (*Modifié par la loi du 22 mars 1902*). Tout accident ayant occasionné une incapacité de travail doit être déclaré dans les quarante-huit heures, non compris les dimanches et jours fériés, par le chef d'entreprise ou ses préposés, au maire de la commune, qui en dresse procès-verbal et en délivre immédiatement récépissé.

La déclaration et le procès-verbal doivent indiquer, dans la forme réglée par décret, les nom, qualité et adresse du chef d'entreprise, le lieu précis, l'heure et la nature de l'accident, les circonstances dans lesquelles il s'est produit, la nature des blessures, les noms et adresses des témoins.

Dans les quatre jours qui suivent l'accident, si la victime n'a pas repris son travail, le chef d'entreprise doit déposer à la mairie, qui lui en délivre immédiatement récépissé, un certificat de médecin indiquant l'état de la victime, les suites probables de l'accident et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif.

La déclaration d'accident pourra être faite dans les mêmes conditions par la victime ou ses représentants jusqu'à l'expiration de l'année qui suit l'accident.

Avis de l'accident, dans les formes réglées par décret, est donné immédiatement par le maire à l'inspecteur départemental du travail ou à l'ingénieur ordinaire des mines chargé de la surveillance de l'entreprise.

L'article 15 de la loi du 2 novembre 1892 et l'article 11 de la loi du 12 juin 1893 cessent d'être applicables dans les cas visés par la présente loi.

Art. 12. — (*Modifié par la loi du 22 mars 1902.*) Dans les vingt-quatre heures qui suivent le dépôt du certificat, et au plus tard dans les cinq jours qui suivent la déclaration de l'accident, le maire transmet au juge de paix du canton où l'accident s'est produit la déclaration et soit le certificat médical, soit l'attestation qu'il n'a pas été produit de certificat.

Lorsque, d'après le certificat médical, produit en exécution du paragraphe précédent ou transmis ultérieurement par la victime à la justice de paix, la blessure paraît devoir entraîner la mort ou une incapacité permanente, absolue ou partielle de travail, ou lorsque la victime est décédée, le juge de paix, dans les vingt-quatre heures, procède à une enquête à l'effet de rechercher :

1° La cause, la nature et les circonstances de l'accident ;

2° Les personnes victimes et le lieu où elles se trouvent, le lieu et la date de leur naissance ;

3° La nature des lésions ;

4° Les ayants droit pouvant, le cas échéant, prétendre à une indemnité, le lieu et la date de leur naissance ;

5° Le salaire quotidien et le salaire annuel des victimes ;

6° La Société d'assurance à laquelle le chef d'entreprise était assuré ou le syndicat de garantie auquel il était affilié.

Les allocations tarifées pour le juge de paix et son greffier, en exécution de l'article 29 de la présente loi et de l'article 31 de la loi de finances du 13 avril 1900, seront avancées par le Trésor.

Art. 13. — L'enquête a lieu contradictoirement dans les formes prescrites par

les articles 35, 36, 37, 38 et 39 du Code de procédure civile, en présence des parties intéressées ou celles-ci convoquées d'urgence par lettre recommandée.

Le juge de paix doit se transporter auprès de la victime de l'accident qui se trouve dans l'impossibilité d'assister à l'enquête.

Lorsque le certificat médical ne lui paraîtra pas suffisant, le juge de paix pourra désigner un médecin pour examiner le blessé.

Il peut aussi commettre un expert pour l'assister dans l'enquête.

Il n'y a pas lieu, toutefois, à nomination d'expert dans les entreprises administrativement surveillées, ni dans celles de l'État placées sous le contrôle d'un service distinct du service de gestion, ni dans les établissements nationaux où s'effectuent des travaux que la sécurité publique oblige à tenir secrets. Dans ces divers cas, les fonctionnaires chargés de la surveillance ou du contrôle de ces établissements ou entreprises et, en ce qui concerne les exploitations minières, les délégués à la sécurité des ouvriers mineurs, transmettent au juge de paix, pour être joint au procès-verbal d'enquête, un exemplaire de leur rapport.

Sauf les cas d'impossibilité matérielle dûment constatés dans le procès-verbal, l'enquête doit être close dans le plus bref délai et, au plus tard, dans les dix jours à partir de l'accident. Le juge de paix avertit, par lettre recommandée, les parties de la clôture de l'enquête et du dépôt de la minute au greffe, où elles pourront, pendant un délai de cinq jours, en prendre connaissance et s'en faire délivrer une expédition, affranchie du timbre et de l'enregistrement. A l'expiration de ce délai de cinq jours, le dossier de l'enquête est transmis au président du tribunal civil de l'arrondissement.

Art. 14. — Sont punis d'une amende de un à quinze francs (1 à 15 fr.) les chefs d'industrie ou leurs préposés qui ont contrevenu aux dispositions de l'article 11.

En cas de récidive dans l'année, l'amende peut être élevée de seize à trois cents francs (16 à 300 fr.).

L'article 463 du Code pénal est applicable aux contraventions prévues par le présent article.

TITRE III

COMPÉTENCE. — JURIDICTIONS. — PROCÉDURE. — REVISION.

Art. 15. — (*Modifié par la loi du 31 mars 1905.*) Sont jugés en dernier ressort par le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, à quelque chiffre que la demande puisse s'élever et dans les quinze jours de la demande, les contestations relatives tant aux frais funéraires qu'aux indemnités temporaires.

Les indemnités temporaires sont dues jusqu'au jour du décès ou jusqu'à la consolidation de la blessure, c'est-à-dire jusqu'au jour où la victime se trouve, soit complètement guérie, soit définitivement atteinte d'une incapacité permanente ; elles continuent, dans ce dernier cas, à être servies jusqu'à la décision définitive prévue à l'article suivant, sous réserve des dispositions du quatrième alinéa dudit article.

Si l'une des parties soutient, avec un certificat médical à l'appui, que l'incapacité est permanente, le juge de paix doit se déclarer incompétent par une décision dont il transmet, dans les trois jours, expédition au président du tribunal civil. Il fixe en même temps, s'il ne l'a fait antérieurement, l'indemnité journalière.

Le juge de paix connaît des demandes relatives au payement des frais médicaux et pharmaceutiques jusqu'à trois cents francs (300 fr.) en dernier ressort et

à quelque chiffres que ces demandes s'élèvent, à charge d'appel dans la quinzaine de la décision.

Les décisions du juge de paix relatives à l'indemnité journalière sont exécutoires nonobstant opposition. Ces décisions sont susceptibles de recours en cassation pour violation de la loi.

Lorsque l'accident s'est produit en territoire étranger, le juge de paix compétent, dans les termes de l'article 12 et du présent article, est celui du canton où est situé l'établissement ou le dépôt auquel est attachée la victime.

Lorsque l'accident s'est produit en territoire français, hors du canton où est situé l'établissement ou le dépôt auquel est attachée la victime, le juge de paix de ce dernier canton devient exceptionnellement compétent, à la requête de la victime ou de ses ayants droit, adressée, sous forme de lettre recommandée, au juge de paix du canton où l'accident s'est produit, avant qu'il n'ait été saisi dans les termes du présent article ou bien qu'il n'ait clos l'enquête prévue à l'article 13. Un récépissé est immédiatement envoyé au requérant par le greffe, qui avise, en même temps que le chef d'entreprise, le juge de paix devenu compétent et, s'il y a lieu, transmet à ce dernier le dossier de l'enquête, dès sa clôture, en avertissant les parties, conformément à l'article 13.

Si, après transmission du dossier de l'enquête au président du tribunal du lieu de l'accident et avant convocation des parties, la victime ou ses ayants droit justifient qu'ils n'ont pu, avant la clôture de l'enquête, user de la faculté prévue à l'alinéa précédent, le président peut, les parties entendues, se dessaisir du dossier et le transmettre au président du tribunal de l'arrondissement où est situé l'établissement ou le dépôt auquel est attachée la victime.

Art. 16. — (*Modifié par la loi du 31 mars 1905.*) En ce qui touche les autres indemnités prévues par la présente loi, le président du tribunal de l'arrondissement, dans les cinq jours de la transmission du dossier, si la victime est décédée avant la clôture de l'enquête, ou, dans le cas contraire, dans les cinq jours de la production par la partie la plus diligente, soit de l'acte de décès, soit d'un accord écrit des parties reconnaissant le caractère permanent de l'incapacité, ou bien de la réception de la décision du juge de paix visée au troisième alinéa de l'article précédent, ou, enfin, s'il n'a été saisi d'aucune de ces pièces, dans les cinq jours précédant l'expiration du délai de prescription prévu à l'article 18, lorsque la date de l'expiration lui est connue, convoque la victime ou ses ayants droit, le chef d'entreprise, qui peut se faire représenter, et, s'il y a assurance, l'assureur. Il peut, du consentement des parties, commettre un expert, dont le rapport doit être déposé dans le délai de huitaine.

En cas d'accord entre les parties, conforme aux prescriptions de la présente loi, l'indemnité est définitivement fixée par l'ordonnance du président, qui en donne acte en indiquant, sous peine de nullité, le salaire de base et la réduction que l'accident aura fait subir au salaire.

En cas de désaccord, les parties sont renvoyées à se pourvoir devant le tribunal, qui est saisi par la partie la plus diligente et statue comme en matière sommaire, conformément au titre XXIV du livre II du code de procédure civile. Son jugement est exécutoire par provision.

En ce cas, le président, par son ordonnance de renvoi et sans appel, peut substituer à l'indemnité journalière une provision inférieure au demi-salaire ou, dans la même limite, allouer une provision aux ayants droit. Ces provisions peuvent être allouées ou modifiées en cours d'instance par voie de référé, sans appel.

Elles sont incessibles et insaisissables et payables dans les mêmes conditions que l'indemnité journalière.

Les arrérages de rentes courent à partir du jour du décès ou de la consolidation de la blessure, sans se cumuler avec l'indemnité journalière ou la provision.

Dans les cas où le montant de l'indemnité ou de la provision excède les arrérages dus jusqu'à la date de la fixation de la rente, le tribunal peut ordonner que le surplus sera précompté sur les arrérages ultérieurs dans la proportion qu'il détermine.

S'il y a assurance, l'ordonnance du président ou le jugement fixant la rente allouée spécifie que l'assureur est substitué au chef d'entreprise dans les termes du titre IV, de façon à supprimer tout recours de la victime contre ledit chef d'entreprise.

Art. 17. — (*Modifié par la loi du 22 mars 1902.*) Les jugements rendus en vertu de la présente loi sont susceptibles d'appel selon les règles du droit commun. Toutefois, l'appel, sous réserve des dispositions de l'article 449 du Code de procédure civile, devra être interjeté dans les trente jours de la date du jugement s'il est contradictoire et, s'il est par défaut, dans la quinzaine à partir du jour où l'opposition ne sera plus recevable.

L'opposition ne sera plus recevable en cas de jugement par défaut contre partie, lorsque le jugement aura été signifié à personne, passé le délai de quinze jours à partir de cette signification.

La Cour statuera d'urgence dans le mois de l'acte d'appel. Les parties pourront se pourvoir en cassation.

Toutes les fois qu'une expertises médicale sera ordonnée, soit par le juge de paix, soit par le Tribunal ou par la Cour d'appel, l'expert ne pourra être le médecin qui a soigné le blessé, ni un médecin attaché à l'entreprise ou à la société d'assurance à laquelle le chef d'entreprise est affilié.

Art. 18. — (*Modifié par la loi du 22 mars 1902.*) L'action en indemnité prévue par la présente loi se prescrit par un an à dater du jour de l'accident ou de la clôture de l'enquête du juge de paix, ou de la cessation du payement de l'indemnité temporaire.

L'article 55 de la loi du 10 août 1871 et l'article 124 de la loi du 5 avril 1884 ne sont pas applicables aux instances suivies contre les départements ou les communes en exécution de la présente loi.

Art. 19. — (*Modifié par la loi du 31 mars 1905.*) La demande en revision de l'indemnité fondée sur une aggravation ou une atténuation de l'infirmité de la victime ou son décès par suite des conséquences de l'accident est ouverte pendant trois ans, à compter soit de la date à laquelle cesse d'être due l'indemnité journalière, s'il n'y a point eu attribution de rente, soit de l'accord intervenu entre les parties ou de la décision judiciaire passée en force de chos jugée, même si la pension a été remplacée par un capital, en conformité de l'article 21.

Dans tous les cas, sont applicables à la revision les conditions de compétence et de procédure fixées par les articles 16, 17 et 22. Le président du tribunal est saisi par voie de simple déclaration au greffe.

S'il y a accord entre les parties, conforme aux prescriptions de la présente loi, le chiffre de la rente revisée est fixé par ordonnance du président, qui donne acte de cet accord en spécifiant, sous peine de nullité, l'aggravation ou l'atténuation de l'infirmité.

En cas de désaccord, l'affaire est renvoyée devant le tribunal, qui est saisi par

la partie la plus diligente et qui statue comme en matière sommaire et ainsi qu'il est dit à l'article 16.

Au cours des trois années pendant lesquelles peut s'exercer l'action en revision, le chef d'entreprise pourra désigner au président du tribunal un médecin chargé de le renseigner sur l'état de la victime.

Cette désignation, dûment visée par le président, donnera audit médecin accès trimestriel auprès de la victime. Faute par la victime de se prêter à cette visite, tout payement d'arrérages sera suspendu par décision du président, qui convoquera la victime par simple lettre recommandée.

Les demandes prévues à l'article 9 doivent être portées devant le tribunal au plus tard dans le mois qui suit l'expiration du délai imparti pour l'action en revision.

Art. 20. — (*Modifié par la loi du 22 mars 1902.*) Aucune des indemnités déterminées par la présente loi ne peut être attribuée à la victime qui a intentionnellement provoqué l'accident.

Le Tribunal a le droit, s'il est prouvé que l'accident est dû à une faute inexcusable de l'ouvrier, de diminuer la pension fixée au titre 1er.

Lorsqu'il est prouvé que l'accident est dû à la faute inexcusable du patron ou de ceux qu'il s'est substitués dans la direction, l'indemnité pourra être majorée, mais sans que la rente ou le total des rentes allouées puisse dépasser soit la réduction, soit le montant du salaire annuel.

En cas de poursuites criminelles, les pièces de procédure seront communiquées à la victime ou à ses ayants droit.

Le même droit appartiendra au patron ou à ses ayants droit.

Art. 21. — (*Modifié par la loi du 31 mars 1905.*) Les parties peuvent toujours, après détermination du chiffre de l'indemnité due à la victime de l'accident, décider que le service de la pension sera suspendu et remplacé, tant que l'accord subsistera, par tout autre mode de réparation.

En dehors des cas prévus à l'article 3, la pension ne pourra être remplacée par le payement d'un capital que si elle n'est pas supérieure à cent francs (100 fr.) et si le titulaire est majeur. Ce rachat ne pourra être effectué que d'après le tarif spécifié à l'article 28.

Art. 22. — (*Modifié par les lois des 22 mars 1902* et *17 avril 1906.*) Le bénéfice de l'assistance judiciaire est accordé de plein droit, sur le visa du procureur de la République, à la victime de l'accident ou à ses ayants droit, devant le Président du Tribunal civil ou devant le Tribunal.

Le Procureur de la République procède comme il est prescrit à l'article 13 (paragraphes 2 et suivants) de la loi du 22 janvier 1851, modifiée par la loi du 10 juillet 1901.

Le bénéfice de l'assistance judiciaire s'applique de plein droit à l'acte d'appel et, le cas échéant, à l'acte par lequel est signifié le désistement de l'appel. Le premier président de la Cour, sur la demande qui lui sera adressée à cet effet, désignera l'avoué près la cour dont la constitution figurera dans l'acte d'appel et commettra un huissier pour le signifier.

Si la victime de l'accident se pourvoit devant le bureau d'assistance judiciaire pour en obtenir le bénéfice en vue de toute la procédure d'appel, elle sera dispensée de fournir les pièces justificatives de son indigence.

Le bénéfice de l'assistance judiciaire s'étend de plein droit aux instances devant le juge de paix, à tous les actes d'exécution mobilière et immobilière et à toute contestation incidente à l'exécution des décisions judiciaires.

L'assisté devra faire déterminer, par le bureau d'assistance judiciaire de son domicile, la nature des actes et procédure d'exécution auxquels l'assistance s'appliquera.

TITRE IV

GARANTIES

Art. 23. — La créance de la victime de l'accident ou de ses ayants droit relative aux frais médicaux, pharmaceutiques et funéraires, ainsi qu'aux indemnités allouées à la suite de l'incapacité temporaire de travail, est garantie par le privilège de l'article 2101 du Code civil et y sera inscrite sous le n° 6.

Le payement des indemnités pour incapacité permanente de travail ou accidents suivis de mort est garanti conformément aux dispositions des articles suivants.

Art. 24. — A défaut, soit par les chefs d'entreprise débiteurs, soit par les Sociétés d'assurances à primes fixes ou mutuelles, ou les syndicats de garantie liant solidairement tous leurs adhérents, de s'acquitter, au moment de leur exigibilité, des indemités mises à leur charge à la suite d'accidents ayant entraîné la mort ou une incapacité permanente de travail, le payement sera assuré aux intéressés par les soins de la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse, au moyen d'un fonds spécial de garantie, constitué comme il va être dit, et dont la gestion sera confié à ladite caisse.

Art. 25. — Pour la constitution du fonds spécial de garantie, il sera ajouté, au principal de la contribution des patentes des industriels visés par l'article 1er. quatre centimes (0 fr. 04) additionnels. Il sera perçu, sur les mines, une taxe de cinq centimes (0 fr. 05) par hectare concédé.

Ces taxes pourront, suivant les besoins, être majorées ou réduites par la loi de finances.

Art. 26. — La Caisse nationale des retraites exercera un recours contre les chefs d'entreprise débiteurs pour le compte desquels des sommes auront été payées par elle, conformément aux dispositions qui précèdent.

En cas d'assurance du chef d'entreprise, elle jouira, pour le remboursement de ses avances, du privilège de l'article 2102 du Code civil sur l'indemnité due par l'assureur et n'aura plus de recours contre le chef d'entreprise.

Un règlement d'administration publique déterminera les conditions d'organiation et de fonctionnement du service conféré par les dispositions précédentes à la Caissé nationale des retraites et, notamment, les formes du recours à exercer contre les chefs d'entreprise débiteurs ou les Sociétés d'assurances et les syndicats de garantie, ainsi que les conditions dans lesquelles les victimes d'accidents ou leurs ayants droit seront admis à réclamer à la Caisse le payement de leurs indemnités.

Les décisions judiciaires n'emporteront hypothèque que si elles sont rendues au profit de la Caisse des retraites exerçant son recours contre les chefs d'entreprise ou les Compagnies d'assurances.

Art. 27. — (*Modifié par la loi du 31 mars 1905.*) — Les Compagnies d'assurances mutuelles ou à primes fixes contre les accidents, françaises et étrangères, sont soumises à la surveillance et au contrôle de l'État et astreintes à constituer des réserves ou cautionnements dans les conditions déterminées par un règlement d'administration publique.

Le montant des réserves mathématiques et des cautionnements sera affecté par privilège au payement des pensions et indemnités.

Les syndicats de garantie seront soumis à la même surveillance et un règlement d'administration publique déterminera les conditions de leur création et de leur fonctionnement.

A toute époque, un arrêté du Ministre du Commerce peut mettre fin aux opérations de l'assureur qui ne remplit pas les conditions prévues par la présente loi ou dont la situation financière ne donne pas des garanties suffisantes pour lui permettre de remplir ses engagements. Cet arrêté est pris après avis conforme du comité consultatif des assurances contre les accidents du travail, l'assureur ayant été mis en demeure de fournir ses observations dans un délai de quinzaine. Le comité doit émettre son avis dans la quinzaine suivante.

Le dixième jour, à midi, à compter de la publication de l'arrêté au *Journal officiel*, tous les contrats contre les risques régis par la présente loi cessent de plein droit d'avoir effet, les primes restant à payer ou les primes payées d'avance n'étant acquises à l'assureur qu'en proportion de la période d'assurance réalisée, sauf stipulation contraire dans les polices.

Le comité consultatif des assurances contre les accidents du travail est composé de vingt-quatre membres, savoir : deux sénateurs et trois députés élus par leurs collègues; le directeur de l'assurance et de la prévoyance sociales; le directeur du travail; le directeur général de la Caisse des dépôts et consignations; trois membres agrégés de l'institut des actuaires français; le président du tribunal de commerce de la Seine ou un président de section délégué par lui; le président de la Chambre de commerce de Paris ou un membre délégué par lui; deux ouvriers membres du Conseil supérieur du travail; un professeur de la Faculté de droit de Paris; deux directeurs ou administrateurs de sociétés mutuelles d'assurances contre les accidents du travail ou de syndicats de garantie; deux directeurs ou administrateurs de sociétés anonymes ou en commandite d'assurances contre les accidents du travail; quatre personnes spécialement compétentes en matière d'assurances contre les accidents du travail. Un décret détermine le mode de nomination et de renouvellement des membres ainsi que la désignation du président, du vice-président et du secrétaire.

Les frais de toute nature résultant de la surveillance et du contrôle seront couverts au moyen de contributions proportionnelles au montant des réserves ou cautionnements, et fixés annuellement, pour chaque compagnie ou association, par arrêté du Ministre du Commerce.

Art. 28. — Le versement du capital représentatif des pensions allouées en vertu de la présente loi ne peut être exigé des débiteurs.

Toutefois, les débiteurs qui désirent se libérer en une fois pourront verser le capital représentatif de ces pensions à la Caisse nationale des retraites, qui établira à cet effet, dans les six mois de la promulgation de la présente loi, un tarif tenant compte de la mortalité des victimes d'accidents et de leurs ayants droit.

Lorsqu'un chef d'entreprise cesse son industrie, soit volontairement, soit par décès, liquidation judiciaire ou faillite, soit par cession d'établissement, le capital représentatif des pensions à sa charge devient exigible de plein droit et sera versé à la Caisse nationale des retraites. Ce capital sera déterminé, au jour de son exigibilité, d'après le tarif visé au paragraphe précédent.

Toutefois, le chef d'entreprise ou ses ayants droit peuvent être exonérés du

versement de ce capital, s'ils fournissent des garanties qui seront à déterminer par un règlement d'administration publique.

TITRE V

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 29. — Les procès-verbaux, certificats, actes de notoriété, significations, jugements et autres actes faits ou rendus en vertu et pour l'exécution de la présente loi sont délivrés gratuitement, visés pour timbre et enregistrés gratis lorsqu'il y a lieu à la formalité de l'enregistrement.

Dans les six mois de la promulgation de la présente loi, un décret déterminera les émoluments des greffiers de justice de paix pour leur assistance et la rédaction des actes de notoriété, procès-verbaux, certificats, significations, jugements, envois de lettres recommandées, extraits, dépôts de la minute d'enquête au greffe, et pour tous les actes nécessités par l'application de la présente loi, ainsi que les frais de transport auprès des victimes et d'enquête sur place.

Art. 30. — (*Modifié par la loi du 31 mars 1905.*) Toute convention contraire à la présente loi est nulle de plein droit. Cette nullité, comme la nullité prévue au deuxième alinéa de l'article 16 et au troisième alinéa de l'article 19, peut être poursuivie par tout intéressé devant le tribunal visé auxdits articles.

Toutefois, dans ce cas, l'assistance judiciaire n'est accordée que dans les conditions du droit commun.

La décision qui prononce la nullité fait courir à nouveau, du jour où elle devient définitive, les délais impartis soit pour la prescription, soit pour la révision.

Sont nulles de plein droit et de nul effet les obligations contractées, pour rémunération de leurs services, envers les intermédiaires qui se chargent, moyennant émoluments convenus à l'avance, d'assurer aux victimes d'accidents ou à leurs ayants droit le bénéfice des instances ou des accords prévus aux articles 15, 16, 17 et 19.

Est passible d'une amende de seize francs (16 fr.) à trois cents francs (300 fr.) et, en cas de récidive dans l'année de la condamnation, d'une amende de cinq cents francs (500 fr.) à deux mille francs (2,000 fr.), sous réserve de l'application de l'article 463 du Code pénal : 1° tout intermédiaire convaincu d'avoir offert les services spécifiés à l'alinéa précédent ; 2° tout chef d'entreprise ayant opéré, sur le salaire de ses ouvriers ou employés, des retenues pour l'assurance des risques mis à sa charge par la présente loi ; 3° toute personne qui, soit par menace de renvoi, soit par refus ou menace de refus des indemnités dues en vertu de la présente loi, aura porté atteinte ou tenté de porter atteinte au droit de la victime de choisir son médecin ; 4° tout médecin ayant, dans des certificats délivrés pour l'application de la présente loi, sciemment dénaturé les conséquences des accidents.

Art. 31. — Les chefs d'entreprise sont tenus, sous peine d'une amende de un à quinze francs (1 à 15 fr.), de faire afficher dans chaque atelier la présente loi et les règlements d'administration relatifs à son exécution.

En cas de récidive dans la même année, l'amende sera de seize à cent francs (16 à 100 fr.)

Les infractions aux dispositions des articles 11 et 31 pourront être constatées par les inspecteurs du travail.

Art. 32. — Il n'est point dérogé aux lois, ordonnances et règlements concernant les pensions des ouvriers, apprentis et journaliers appartenant aux ateliers de la marine et celles des ouvriers immatriculés des manufactures d'armes dépendant du ministère de la guerre.

Art. 33. — La présente loi ne sera applicable que trois mois après la publication officielle des décrets d'administration publique qui doivent en régler l'exécution.

Art. 34. — Un règlement d'administration publique déterminera les conditions dans lesquelles la présente loi pourra être appliquée à l'Algérie et aux colonies.

LOI

relative à l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources,

du 14 juillet 1905.

TITRE Ier

ORGANISATION DE L'ASSISTANCE

Article premier. — Tout Français privé de ressources, incapable de subvenir par son travail aux nécessités de l'existence et, soit âgé de plus de soixante-dix ans, soit atteint d'une infirmité ou d'une maladie reconnue incurable reçoit, aux conditions ci-après, l'assistance instituée par la présente loi.

Art. 2. — L'assistance est donnée par la commune où l'assisté a son domicile de secours; à défaut de domicile de secours communal, par le département où l'assisté a son domicile de secours départemental; à défaut de tout domicile de secours, par l'État.

La commune et le département reçoivent, pour le paiement des dépenses mises à leur charge par la présente loi, les subventions prévues au titre IV.

Art. 3. — Le domicile de secours, soit communal, soit départemental, s'acquiert et se perd dans les conditions prévues aux articles 6 et 7 de la loi du 15 juillet 1893; toutefois le temps requis pour l'acquisition et la perte de ce domicile est porté à cinq ans. A partir de soixante-cinq ans, nul ne peut acquérir un nouveau domicile de secours ni perdre celui qu'il possède.

Les enfants assistés, infirmes ou incurables, parvenus à la majorité, ont leur domicile de secours dans le département au service duquel ils appartenaient, jusqu'à ce qu'ils aient acquis un autre domicile de secours.

Art. 4. — La commune, le département ou l'État, qui a secouru, par un des modes prévus au titre III de la présente loi, un vieillard, un infirme ou un incurable dont l'assistance ne lui incombait pas en vertu des dispositions qui précèdent, a droit au remboursement de ses avances, jusqu'à concurrence d'une année de secours.

La répétition des sommes ainsi avancées peut s'exercer pendant cinq ans; mais la somme à rembourser ne pourra être supérieure au montant de la dépense qu'aurait nécessitée l'assistance si elle avait été donnée au domicile de secours prévu par les articles 2 et 3.

Art. 5. — La commune, le département ou l'État peuvent toujours exercer leur recours s'il y a lieu, et avec le bénéfice, à leur profit, de la loi du 10 juillet 1901, soit contre l'assisté, si on lui reconnaît ou s'il lui survient des ressources

suffisantes, soit contre toutes personnes ou sociétés tenues de l'obligation d'assistance, notamment contre les membres de la famille de l'assisté désignés par les articles 205, 206, 207 et 212 du Code civil et dans les termes de l'article 208 du même code.

Ce recours ne peut être exercé que jusqu'à concurrence de cinq années de secours.

Art. 6. — Le service de l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables est organisé, dans chaque département, par le conseil général délibérant dans les conditions prévues à l'article 48 de la loi du 10 août 1871.

Si le Conseil général refuse ou néglige de délibérer ou si sa délibération est suspendue par application de l'article 49 de la loi du 10 août 1871, il peut être pourvu à l'organisation du service par un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique.

TITRE II

ADMISSION A L'ASSISTANCE

Art. 7. — Chaque année, un mois avant la première session ordinaire du conseil municipal, le bureau d'assistance dresse la liste des vieillards, des infirmes et des incurables qui, remplissant les conditions prescrites par l'article 1er et résidant dans la commune, ont fait valoir, dans leur demande écrite, leurs titres au service d'assistance institué par la présente loi. Il propose en même temps le mode d'assistance qui convient à chacun d'eux, et, si ce mode de secours est l'assistance à domicile, il indique la quotité de l'allocation mensuelle à leur accorder. La liste préparatoire ainsi dressée est divisée en deux parties : la première, comprenant les vieillards, les infirmes et les incurables qui ont leur domicile de secours dans la commune ; la seconde, ceux qui ont leur domicile de secours dans une autre commune, ou qui n'ont que le domicile de secours départemental, ou qui n'ont aucun domicile de secours.

Une copie de cette liste, accompagnée de toutes les demandes d'admission à l'assistance, est adressée au conseil municipal ; une autre est envoyée au préfet.

Il est procédé à la révision de la liste un mois avant chacune des trois autres sessions du conseil municipal, et, en cas de besoin, dans le cours de l'année.

A défaut, par le bureau, de dresser cette liste, elle est établie d'office par le conseil municipal.

Art. 8. — Le conseil municipal, délibérant en comité secret sur la totalité des demandes préalablement soumises au bureau d'assistance, qu'elles figurent ou non sur la liste préparatoire, prononce l'admission à l'assistance des personnes ayant leur domicile de secours dans la commune et règle les conditions dans lesquelles elles seront assistées soit à domicile, soit dans un établissement hospitalier.

Art. 9. — La liste ainsi arrêtée par le conseil municipal est déposée au secrétariat de la mairie, et avis de ce dépôt est donné par affiches aux lieux accoutumés.

Une copie de la liste est en même temps adressée au préfet du département.

Pendant un délai de vingt jours à compter du dépôt, tout vieillard, infirme ou incurable, dont la demande a été rejetée par le conseil municipal, peut présenter sa réclamation à la mairie ; dans le même délai, tout habitant ou contribuable de

la commune peut réclamer l'inscription ou la radiation des personnes omises ou indûment portées sur la liste.

Le même droit appartient au préfet et au sous-préfet.

Art. 10. — Les décisions du conseil municipal relatives au taux de l'allocation mensuelle sont susceptibles de recours dans les mêmes conditions.

Art. 11. — Il est statué, par décision motivée, dans le délai d'un mois, sur ces réclamations, le maire et le réclamant entendus ou dûment appelés, par une commission cantonale composée du sous-préfet de l'arrondissement, du conseiller général, d'un conseiller d'arrondissement dans l'ordre de nomination, du juge de paix du canton, d'une personne désignée par le préfet, d'un délégué des bureaux d'assistance du canton et d'un délégué des sociétés de secours mutuels existant dans le canton.

Le sous-préfet ou, à son défaut, le juge de paix, préside la commission.

Le président de la commission donne, dans les huit jours, avis des décisions rendues au préfet et au maire, qui opèrent sur la liste les additions ou les retranchements prononcés et en donnent également avis aux personnes intéressées.

Ces décisions peuvent être déférées par toute personne intéressée, pendant un délai de vingt jours à partir de la notification, au ministre de l'intérieur, qui saisit la commission centrale instituée par l'article 17. Ce recours n'est pas suspensif.

Art. 12. — Dans le cas où le conseil municipal refuse ou néglige de prendre la délibération prescrite par l'article 8, la liste est, sur l'invitation du préfet, arrêtée d'office, dans le délai d'un mois, par la commission cantonale mentionnée à l'article précédent.

A défaut par la commission cantonale de remplir les obligations qui lui sont imposées par la présente loi, il est statué, dans le délai de deux mois, par la commission centrale.

Art. 13. — Dès la réception des listes mentionnées à l'article 7, le préfet invite les conseils municipaux des communes où les postulants ont leur domicile de secours, à statuer à leur égard dans les conditions prévues aux articles 8 et suivants.

Il invite la commission départementale à statuer, conformément à l'article 14, à l'égard de ceux qui, n'ayant pas de domicile de secours communal, ont leur domicile de secours dans le département.

Il transmet enfin, avec son avis et les pièces justificatives, aux préfets des départements intéressés, les noms des postulants ayant leur domicile de secours, soit communal, soit départemental, dans un autre département, et au ministre de l'intérieur, les noms de ceux qui n'ont aucun domicile de secours.

Art. 14. — La commission départementale prononce l'admission à l'assistance des vieillards, des infirmes et des incurables qui ont le domicile de secours départemental; elle règle les conditions dans lesquelles ils seront assistés. Ses décisions sont provisoirement exécutoires. Toutefois, le conseil général peut les réformer.

En cas de rejet de la demande ou de refus de statuer dans le délai de deux mois, soit par la commission départementale, soit par le conseil général, l'intéressé peut se pourvoir devant le ministre de l'intérieur, qui saisit la commission centrale. Le même droit appartient au préfet.

Art. 15. — Sont également susceptibles de recours les décisions de la commis-

sion départementale et du conseil général relatives au taux de l'allocation mensuelle.

Art. 16. — L'admission à l'assistance des vieillards, des infirmes et des incurables qui n'ont aucun domicile de secours est prononcée par le ministre de l'intérieur, sur l'avis de la commission instituée par l'article suivant.

Art. 17. — Une commission centrale composée de quinze membres du conseil supérieur de l'assistance publique élus par leurs collègues et de deux membres du conseil supérieur de la mutualité élus par leurs collègues statue définitivement sur les recours formés en vertu des articles 11, 14 et 15 et donne son avis sur l'admission à l'assistance de l'État.

Art. 18. — L'assistance doit être retirée lorsque les conditions qui l'ont motivée ont cessé d'exister.

Le retrait est prononcé, suivant les cas, par le conseil municipal, la commission départementale ou le ministre de l'intérieur. Il donne lieu aux mêmes recours.

TITRE III

MODES D'ASSISTANCE

Art. 19. — Les vieillards, les infirmes et les incurables ayant le domicile de secours communal ou départemental reçoivent l'assistance à domicile. Ceux qui ne peuvent être utilement assistés à domicile sont placés, s'ils y consentent, soit dans un hospice public, soit dans un établissement privé ou chez des particuliers, ou enfin, dans les établissements publics ou privés où le logis seulement, et indépendamment d'une autre forme d'assistance, leur est assuré.

Le mode d'assistance appliqué à chaque cas individuel n'a aucun caractère définitif.

Art. 20. — L'assistance à domicile consiste dans le paiement d'une allocation mensuelle.

Le taux de cette allocation est arrêté, pour chaque commune, par le conseil municipal, sous réserve de l'approbation du conseil général et du ministre de l'intérieur.

Il ne peut être inférieur à cinq francs (5 fr.) ni, à moins de circonstances exceptionnelles, supérieur à vingt francs (20 fr.). S'il est supérieur à 20 francs, la délibération du conseil général est soumise à l'approbation du ministre de l'intérieur, qui statue après avis du conseil supérieur de l'assistance publique.

Dans le cas où il excéderait trente francs (30 fr.), l'excédent n'entre en compte ni pour le calcul des remboursements à effectuer en vertu de l'article 4, ni pour la détermination de la subvention du département et de l'État prévue au titre IV.

Au cas où la personne admise à l'assistance dispose déjà de certaines ressources, la quotité de l'allocation est diminuée du montant de ces ressources. Toutefois, celles provenant de l'épargne, notamment d'une pension de retraite que s'est acquise l'ayant droit, n'entrent pas en décompte si elles n'excèdent pas soixante francs (60 fr.). Cette quotité est élevée de 60 francs à 120 francs pour les ayants droit justifiant qu'ils ont élevé au moins trois enfants jusqu'à l'âge de seize ans. Dans le cas où les ressources dépassent ces chiffres, l'excédent n'entre en décompte que jusqu'à concurrence de moitié, sans que les ressources provenant de l'épargne et l'allocation d'assistance puissent ensemble dépasser la somme de quatre cent quatre-vingts francs (480 fr.).

Les ressources fixes et permanentes provenant de la bienfaisance privée entrent seules en décompte jusqu'à concurrence de moitié avec la même limite maximum de 480 francs.

Art. 21. — La jouissance de l'allocation commence du jour fixé par la délibération prononçant l'admission à l'assistance.

Le bureau de bienfaisance ou d'assistance décide, suivant la situation de l'intéressé, si l'allocation doit être remise en une seule fois ou par fractions; il peut décider que tout ou partie de l'allocation sera donnée en nature.

L'allocation est incessible et insaisissable. Elle est payée au lieu de résidence de l'intéressé, soit à lui-même, soit, en cas de placement familial, à une personne désignée par lui et agréée par le maire, soit enfin, en cas de secours en nature ou de fractionnement de la mensualité, au receveur du bureau de bienfaisance ou d'assistance. Le règlement d'administration publique, prévu à l'article 41, déterminera les règles de comptabilité à appliquer à ce service.

Art. 22. — Lorsque la commune ne possède pas d'hospice ou lorsque l'hospice existant est insuffisant, les vieillards, les infirmes et les incurables ayant le domicile de secours communal sont placés dans les hospices ou les établissements privés choisis par le conseil municipal sur la liste dressée par le conseil général conformément à l'article suivant, soit enfin chez des particuliers.

Art. 23. — Le conseil général désigne les hospices et les hôpitaux-hospices qui seront tenus de recevoir les vieillards, les infirmes et les incurables qui ne peuvent être assistés à domicile.

Le nombre des lits à leur affecter dans ces établissements est fixé, chaque année, par le préfet, les commissions administratives entendues.

Le prix de journée est réglé par le préfet, sur la proposition des commissions administratives et après avis du conseil général, sans qu'on puisse imposer un prix de journée inférieur à la moyenne du prix de revient constaté pendant les cinq dernières années. Il est revisé tous les cinq ans.

Au cas où l'hospitalisé dispose de certaines ressources, le prix de journée est dû par la commune, le département ou l'État, qui réalisent à leur profit le montant des déductions prévues à l'article 20.

Art. 24. — Le conseil général désigne les établissements privés qui peuvent, en cas d'insuffisance des hospices, recevoir des vieillards, des infirmes et des incurables, et il approuve les traités passés pour leur entretien.

L'exécution des traités est soumise au contrôle de l'autorité publique.

Le conseil général fixe les conditions générales du placement des assistés dans les familles étrangères.

Art. 25 — Les vieillards, les infirmes et les incurables qui sont dépourvus de tout domicile de secours sont placés dans des établissements publics ou privés désignés par le ministre de l'intérieur, à moins que le préfet ou la commission centrale d'assistance ne les ait admis à l'assistance à domicile; ils reçoivent, dans ce cas, une allocation fixée dans les limites indiquées à l'article 20.

Art. 26. — Les frais de visite occasionnés par la délivrance des certificats médicaux aux infirmes et aux incurables et les frais de transport des assistés sont supportés, s'il y a lieu, par la commune, par le département ou par l'État, suivant que ceux-ci ont le domicile de secours communal ou départemental, ou qu'ils sont dépourvus de domicile de secours.

Si les assistés n'ont pas leur domicile de secours dans la commune où ils résident, celle-ci fait l'avance de ces frais, sauf remboursement par la commune ou le département à qui incombe l'assistance, ou par l'État.

TITRE IV

VOIES ET MOYENS

Art. 27. — Sont obligatoires pour les communes, dans les conditions des articles 136 et 149 de la loi du 5 avril 1884, les dépenses d'assistance mises à leur charge par la présente loi.

Les communes pourvoient à ces dépenses à l'aide : 1° des ressources spéciales provenant des fondations ou des libéralités faites en vue de l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables, à moins que les conditions desdites fondations ou libéralités ne s'y opposent; 2° de la participation éventuelle du bureau de bienfaisance et de l'hospice; 3° des recettes ordinaires; 4° en cas d'insuffisance, d'une subvention du département, calculée conformément au tableau A ci-annexé, et d'une subvention directe et complémentaire de l'État, calculée conformément au tableau C ci-annexé, en ne tenant compte pour le calcul des subventions que de la portion de dépense couverte au moyen de ressources provenant de l'impôt, d'impositions ou de taxes dont la perception est autorisée par les lois.

Art. 28. — Sont obligatoires pour les départements, dans les conditions des articles 60 et 61 de la loi du 10 août 1871 :

1° Les dépenses d'assistance mises à leur charge par les articles 2 et 26;

2° Les subventions à allouer aux communes par application de l'article précédent;

3° Les frais d'administration départementale du service.

En cas d'insuffisance des ressources spéciales et des revenus ordinaires disponibles, il est pourvu à ces dépenses à l'aide :

1° D'impositions ou de taxes dont la perception est autorisée par les lois;

2° D'une subvention de l'État, calculée conformément au tableau B ci-annexé, sur la portion de dépense couverte au moyen des ressources provenant des revenus ordinaires ou de l'impôt.

Art. 29. — Indépendamment des subventions à allouer, en vertu des articles précédents, l'État est chargé :

1° Des frais de l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables n'ayant aucun domicile de secours;

2° Des frais généraux d'administration et de contrôle occasionnés par l'exécution de la présente loi.

Art. 30. — Les bureaux de bienfaisance, les hospices et les hôpitaux-hospices possédant, en vertu de fondations ou de libéralités, des biens dont le revenu a été spécialement affecté à l'assistance à domicile des vieillards, des infirmes et des incurables seront tenus de contribuer à l'exécution de la présente loi, conformément aux conditions de la donation, jusqu'à concurrence dudit revenu.

Art. 31. — Les hospices communaux sont tenus de recevoir gratuitement, autant que leurs ressources propres le permettent, les vieillards, les infirmes et les incurables ayant leur domicile de secours dans la commune où est situé l'établissement et qui ont été désignés pour l'hospitalisation conformément à l'article 19.

La même obligation incombe aux hospices intercommunaux et cantonaux à l'égard des vieillards, des infirmes et des incurables ayant leur domicile de secours dans les communes au profit desquelles ces hospices ont été fondés.

Art. 32. — L'État contribue, par des subventions, aux dépenses de construction

ou d'appropriation d'hospices nécessitées par la présente loi. Cette contribution est déterminée en raison inverse de la valeur du centime communal ou départemental, en raison directe des charges extraordinaires de la commune ou du département, ou encore en raison de l'importance des travaux à exécuter conformément à des règles qui seront établies par un règlement d'administration publique.

Si les travaux sont entrepris par plusieurs départements, en conformité des articles 89 et 90 de la loi du 10 août 1871 ou par un syndicat de communes, la subvention est fixée distinctement pour chacun des départements et pour chacune des communes participant à la dépense.

Les projets doivent être préalablement approuvés par le ministre de l'intérieur.

La loi de finances de chaque exercice déterminera le chiffre maximum des subventions à accorder pendant l'année.

Art. 33. — Pour les trois années 1907, 1908, 1909, la loi de finances de chaque exercice déterminera la somme que le ministre de l'intérieur sera autorisé à engager pour les subventions allouées aux départements et aux communes en exécution de la présente loi.

TITRE V

COMPÉTENCE

Art. 34. — Les contestations relatives au domicile de secours sont jugées par le conseil de préfecture du département où le vieillard, l'infirme ou l'incurable a sa résidence.

Art. 35. — En cas de désaccord entre les commissions administratives des hospices et le préfet, et entre les commissions administratives des bureaux de bienfaisance et des hospices et les conseils municipaux sur l'exécution des dispositions contenues aux articles 23, 27, 30 et 31, il est statué par le conseil de préfecture du département où est situé l'établissement.

Art. 36. — Les décisions du conseil de préfecture peuvent être attaquées devant le conseil d'État.

Le pourvoi est jugé sans frais et dispensé du timbre et du ministère d'avocat.

TITRE VI

DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 37. — Un règlement d'administration publique déterminera les conditions d'application de la présente loi à la ville de Paris, en ce qui concerne les articles 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 21, 22, 23, 30 et 31.

Art. 38. — Les certificats, significations, jugements, contrats, quittances et autres actes faits en vertu de la présente loi, et ayant exclusivement pour objet le service de l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables, sont dispensés du timbre et enregistrés gratis, lorsqu'il y a lieu à la formalité de l'enregistrement.

Art. 39. — Tout inculpé, aux termes des articles 269, 270, 271 et 274 du Code pénal, qui prétendra faire valoir ses titres à l'assistance, pourra obtenir, s'il y a lieu, un sursis à la poursuite et être ultérieurement renvoyé, selon les cas, des fins de cette poursuite.

Toutefois, les dispositions du présent article ne sont pas applicables en cas de récidive.

Art. 40. — Il n'est pas dérogé aux lois relatives aux aliénés.

Sont abrogés les articles 43 de la loi du 29 mars 1897, 61 de la loi du 30 mars 1902 et toutes autres dispositions contraires à la présente loi.

Art. 41. — La présente loi sera applicable à partir du 1er janvier 1907.

Des règlements d'administration publique détermineront, s'il y a lieu, les mesures nécessaires pour assurer son exécution.

LÉGISLATION MÉDICALE

PRÉAMBULE

Il existe dans notre législation une série de lois qui ont pour but d'organiser les soins à donner aux individus. Le vote de ces lois démontre qu'au cours du siècle dernier une transformation sociale s'est produite dans le rôle même du médecin ; une modification profonde a eu lieu dans l'art de guérir. « Le méde-« cin de jadis n'avait à se préoccuper que de la santé de l'individu ou de sa « famille. Actuellement, le législateur entend faire protéger la santé publique, en « demandant aux docteurs d'empêcher que l'individu malade ne devienne un dan-« ger non seulement pour son entourage, mais encore pour la collectivité. Les « lois et règlements d'hygiène se modifient également dans leur esprit ; non seu-« lement il convient d'enrayer les épidémies, mais encore doit-on les prévenir, « d'où toutes les mesures de prophylaxie mises à la charge du corps médical. » (*Le syndicalisme médical*, Boudin, page 119.)

Le rôle du médecin est double : d'une part, le médecin exerce son art au profit du malade qui l'appelle à son chevet ; d'autre part, il l'exerce au nom de la collectivité, en donnant ses soins aux membres de cette collectivité (assistance médicale gratuite, sociétés de secours mutuels, accidents du travail) ou bien en contrôlant, en certifiant, en faisant des expertises. Il est incontestable que le rôle social du médecin s'accentue de jour en jour ; il y a une tendance à substituer une collectivité au malade, à la famille ; cette collectivité veut se protéger contre les épidémies et les maladies de la race (alcoolisme, tuberculose, syphilis).

Il n'est pas douteux qu'avec l'accroissement de la population dans les grandes villes, l'hygiène privée est insuffisante. L'organisation d'une bonne hygiène publique est, au contraire, de nature à diminuer la mortalité et à arrêter le développement de certaines maladies.

Si on jette un coup d'œil d'ensemble sur la législation qui intéresse les médecins, on peut faire la classification suivante des textes législatifs :

1° Lois sur l'exercice de la médecine, comprenant celle du 30 novembre 1892 et celle du 15 février 1902, avec le décret du 14 août 1914.

2° Lois relatives à la protection de l'enfance, à laquelle se réfèrent les lois du 23 décembre 1874 (enfants en bas âge), du 27 juin 1904 (enfants assistés) et du

28 juin 1904 (éducation des pupilles de l'assistance publique), et loi relative à l'organisation d'un régime spécial pour les aliénés : c'est la loi du 30 juin 1838.

3° Lois concernant l'assistance à donner à l'individu pendant qu'il travaille, c'est-à-dire les lois sur l'assistance médicale gratuite du 15 juillet 1893, sur les sociétés de secours mutuels du 1er avril 1898 et sur les accidents du travail du 9 avril 1898.

4° Enfin la loi qui permet l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables, c'est-à-dire à ceux qui sont devenus incapables de travailler.

C'est l'ordre qui sera suivi dans l'exposé et le commentaire de la législation médicale.

LOIS RELATIVES A L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

1° Loi du 30 novembre 1892.
2° Loi du 15 février 1902.

PRELIMINAIRES

Aperçu historique.

L'exercice de la médecine et de la chirurgie intéresse à un haut degré l'ordre et la sécurité publics; la collectivité a intérêt à disposer de médecins capables et instruits. Aussi est-il indispensable d'édicter une réglementation particulière pour que les médecins se préparent convenablement à leur fonction sociale.

D'un autre côté, il importe que la collectivité soit protégée contre le charlatanisme, sous quelque forme qu'il se manifeste : exercice de la médecine ou vente de remèdes. Autoriser toutes personnes à soigner les malades et à vendre des substances destinées à la guérison, ce serait exposer à de graves dangers la santé publique. De toute nécessité, il y a lieu d'exercer un contrôle tendant à faire disparaître tout ce qui peut lui être nuisible et à surveiller le recrutement des personnes qui concourent à sa conservation.

La mission du médecin et du chirurgien est de soigner et de guérir. Elle n'est pas seulement cela. Le médecin et le chirurgien ont fréquemment, en effet, à prêter leur concours à la justice dans les investigations qu'il lui appartient de faire. C'est ainsi que les articles 43 et 44 du Code d'instruction criminelle décident qu'en cas de mort violente ou d'une mort dont la cause est inconnue ou suspecte, le magistrat, chargé des fonctions de ministère public, se fera assister d'un ou deux officiers de santé qui feront leur rapport, après avoir prêté serment, sur les causes de la mort et sur l'état du cadavre. En outre, le médecin et le chirurgien, et aussi la sage-femme, peuvent être appelés par la justice à l'effet de procéder à des vérifications, connues sous le nom d'expertises médico-légales.

Antérieurement à la Révolution, l'exercice de la médecine était l'objet de nombreuses dispositions qui avaient pour but de fixer notamment des conditions de capacité. Le besoin d'une réglementation s'est fait sentir à partir du XIVe siècle. On ne saurait faire ici l'énumération des lettres patentes, édits, déclarations royales, arrêts de règlements qui sont intervenus ; il suffira de donner à cet égard quelques indications.

Un édit de Philippe le Bel de 1311 faisait défense à toute personne d'exercer la chirurgie, sans avoir été préalablement examinée par les maîtres-chirurgiens-ju-

rés de Paris, qui tenaient leurs droits du premier chirurgien du roi, exerçant une certaine juridiction. On sait que la chirurgie au moyen âge n'était pas comme actuellement assimilée à la médecine ; on la considérait comme un art inférieur.

Des lettres patentes du roi Jean (1352) disposèrent que nul ne pourrait à l'avenir exercer et professer la médecine, s'il n'était docteur ou licencié. D'autres lettres patentes du roi Charles VI (20 août 1390) ordonnèrent au prévôt de Paris de veiller à ce que nul praticien, tant en médecine qu'en chirurgie, n'exerçât lesdites sciences avant d'avoir été reconnu expert.

Une ordonnance de Henri III, datée du mois de mai 1579, contient dans son article 87 la disposition suivante : « Nul ne pourra pratiquer en médecine qu'il « ne soit docteur en la Faculté de médecine de l'Université de Paris. »

Enfin, il faut signaler qu'en 1731 fut créée une académie de chirurgie, création confirmée par lettres patentes du 22 juillet 1748. La chirurgie fut ainsi séparée de la profession de barbier. On peut s'étonner qu'une assimilation semblable ait duré si longtemps, étant donné le vif éclat qu'Ambroise Paré avait donné à l'art de la chirurgie.

Toute cette législation cessa d'être appliquée à partir du décret de la Convention en date du 18 août 1793 qui abolit les Universités, les Facultés, ainsi que les corporations savantes, et supprima les diplômes de doctorat et de licence. Il n'y eut plus de réception régulière de médecins, ni de chirurgiens. La Convention assimilait aux privilèges de caste et de naissance les grades qui étaient la récompense du travail personnel ; et, dès lors, ceux qui avaient appris leur art se trouvèrent confondus avec ceux qui n'en avaient pas la moindre notion. (*Voir les motifs de la loi du 19 ventôse de l'an XI, séance du Corps législatif du 7 du même mois.*)

Il résultait de cette situation des conséquences déplorables, faciles à prévoir : la santé et la vie des citoyens furent exposées aux plus sérieux périls ; le charlatanisme, qui avait été combattu sous l'ancien régime, sévit avec d'autant plus de violence qu'on l'avait débarrassé de toute entrave.

Aussi le législateur dut-il intervenir : le 19 ventôse de l'an XI, l'exercice de la médecine fut organisé par une loi qui est demeurée en vigueur jusqu'à celle du 30 novembre 1892.

L'article 1er de cette loi de l'an XI disposait que nul ne pouvait embrasser la profession de médecin, de chirurgien ou d'officier de santé sans avoir été examiné et reçu, comme il est prescrit par la loi ; et l'article 2, que tous ceux qui obtenaient le droit d'exercer l'art de guérir, après examen et réception dans l'une des écoles créées par le gouvernement, prenaient le titre de docteur en médecine ou en chirurgie. Ceux qui étaient reçus par les jurys médicaux s'appelaient officiers de santé.

C'était afin de mieux assurer le service de la médecine sur toute l'étendue du territoire, et notamment dans les campagnes, que le législateur avait institué un grade plus facile à obtenir que le doctorat, celui d'officier de santé. Tenant compte de la longueur des études de médecine et de la nécessité de posséder une certaine fortune pour pouvoir arriver à la thèse de doctorat, il avait craint que le nombre des docteurs fût insuffisant pour satisfaire aux besoins de la santé publique.

Cette loi du 19 ventôse de l'an XI avait un double inconvénient : elle diminuait les garanties qu'on était en droit d'exiger de toutes personnes exerçant la médecine et ne réprimait que d'une manière tout à fait incomplète l'exercice illégal de la médecine. Effrayés, dans l'intérêt de la dignité médicale et dans celui de la

santé publique, des progrès incessants du charlatanisme, des hommes considérables ont insisté pour qu'il fût procédé à une revision de la loi de ventôse.

La réforme fut tentée sérieusement en 1847, sous le ministère de M. de Salvandy. Le projet de loi, déposé à cette époque, comprenait notamment les réformes suivantes : l'abolition du titre d'officier de santé; l'extension des attributions des écoles préparatoires de médecine; l'interdiction prononcée contre ceux qui ne rempliraient pas certaines conditions de moralité et qui auraient encouru certaines condamnations déterminées; l'aggravation des peines en matière d'exercice illégal de la médecine. Mais la Révolution de 1848 survenant, ce projet, adopté par la Chambre des Pairs, ne put venir en discussion devant la Chambre des Députés.

En 1871, une proposition de révision de la loi de l'an XI fut déposée sur le bureau de l'Assemblée nationale par deux de ses membres, MM. Naquet et Chevandier. Plus tard, sur l'initiative du corps médical, une commission extraparlementaire se constitua en vue de reprendre l'examen des questions relatives à l'exercice de la médecine; et le 6 novembre 1883, une nouvelle proposition de loi fut déposée sur le bureau de la Chambre des Députés.

Enfin, un projet de loi fut déposé en 1889; il était accompagné d'un rapport du Comité consultatif d'hygiène publique en France, dressé par M. Brouardel. La Chambre des Députés l'adopta dans ses séances des 17 et 19 mars 1891. Le Sénat le discuta à la suite du rapport déposé par M. Cornil et y apporta quelques modifications. Il devint la loi du 30 novembre 1892, qui, toujours en vigueur, constitue la charte des médecins.

Si on se réfère à ses principales dispositions, on constate, d'une part, qu'elle a supprimé l'officiat de santé, fait disparaître le grade de docteur en chirurgie et créé le diplôme de chirurgien-dentiste; d'autre part, qu'elle a édicté des pénalités en vue de réprimer d'une manière plus stricte l'exercice illégal de la médecine. Il y a lieu d'ajouter que certaines mesures transitoires ont été prises pour sauvegarder les droits acquis.

L'article 36 de la loi contient l'abrogation de la loi du 19 ventôse de l'an XI.

Cette loi du 30 novembre 1892 a été étendue à l'Algérie par le décret du 7 août 1896 et aux colonies par celui du 17 août 1897, avec diverses réserves cependant.

TITRE Ier

Médecine et chirurgie.

CHAPITRE PREMIER. — CONDITIONS D'EXERCICE

1. — Médecine et chirurgie.

La loi du 30 novembre 1892 consacre le monopole d'enseignement et le monopole d'exercice. « Nul ne peut exercer la médecine en France, dispose l'article 1er, s'il « n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement « français, à la suite d'un examen subi devant un établissement d'enseignement « supérieur médical de l'État. »

Il résulte de ce texte que l'officiat de santé est aboli. La question de cette abolition avait été très vivement discutée, lors des travaux préparatoires de la loi. Il est sans intérêt pour l'étude actuelle de rappeler les phases de cette discussion.

La loi n'établit qu'un seul ordre de médecins, ceux qui ont obtenu devant une faculté française le diplôme de docteur. Mais elle n'a statué que pour l'avenir;

d'où les dispositions suivantes : les officiers de santé reçus antérieurement à l'application de la loi, c'est-à-dire avant le 30 novembre 1893, ont conservé le droit d'exercer leur profession (art. 29 et 34) ; et même, aux termes de l'article 29, ils sont autorisés à l'exercer sur tout le territoire de la République ; en outre, les élèves qui, au moment de l'application de la loi, avaient pris leur première inscription pour l'officiat de santé pouvaient continuer leurs études médicales et obtenir le diplôme d'officier de santé (art. 31).

Sous l'ancienne législation, le doctorat en chirurgie existait indépendamment du doctorat en médecine (art. 2 et suiv. de la loi du 19 ventôse an XI). Au moment de la discussion de la loi de 1892, on a fait remarquer que le premier de ces grades ne répondait à aucun privilège et que, n'ayant été ni demandé ni donné par les Facultés de médecine depuis un grand nombre d'années, il était tombé de lui-même en désuétude ; aussi l'article 8 déclare-t-il qu'il est et demeure aboli.

Il résulte donc de l'article 1er et de l'article 8 que le seul grade reconnu pour l'avenir est celui de docteur en médecine.

Une réforme importante est contenue dans l'article 6 : la loi de l'an XI n'avait pas prévu le cas où, les praticiens faisant défaut, il était nécessaire de faire appel à des étudiants en médecine offrant des garanties de capacité suffisantes.

« Actuellement, disait le rapport du comité consultatif d'hygiène, en temps d'épidémie, on fait appel au zèle de ces jeunes gens, on applaudit à leur courage, parfois on les récompense, et même on les décore : mais ils exercent illégalement et on pourrait les poursuivre. Il en est de même dans les cas de remplacement d'un médecin temporairement empêché d'exercer. C'est, en réalité, la régularisation d'une situation parfois encouragée, souvent tolérée, quelquefois poursuivie. Nous sommes d'ailleurs en complet accord avec la commission de la Chambre. »

L'article 6 a mis un terme à toutes poursuites et condamnations pouvant intervenir dans les circonstances indiquées : « Les internes des hôpitaux, dit ce texte, « et hospices français, nommés au concours et munis de douze inscriptions, et « les étudiants en médecine, dont la scolarité est terminée, peuvent être autorisés « à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de doc- « teurs en médecine ou d'officiers de santé. Cette autorisation, délivrée par le « préfet du département, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les « mêmes conditions. »

L'autorisation est une précaution prise pour empêcher une situation provisoire de devenir définitive ; son caractère temporaire permet à l'autorité de contrôler la réalité.

Il faut noter que les seuls bénéficiaires du privilège accordé par la loi sont : 1° les internes des hôpitaux et hospices français nommés au concours et munis de douze inscriptions ; 2° les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée.

Le préfet à qui il appartient de délivrer l'autorisation est celui, non du domicile de l'impétrant, mais du lieu où doit s'exercer la médecine.

Il n'est pas douteux que, depuis la loi du 30 novembre 1892, les femmes peuvent obtenir le diplôme et les droits de docteur en médecine : c'est ce qui résulte des travaux préparatoires.

2. — *Professions spéciales de la médecine et de la chirurgie.*

Chirurgiens-dentistes. — Aux termes de l'article 2, nul ne peut exercer la profession de dentiste, s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou d'un

diplôme de chirurgien-dentiste, obtenu à la suite d'études réglementées après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique, et d'examens subis devant un établissement supérieur médical de l'État.

La considération qui a fait repousser le libre exercice de l'art dentaire est que depuis longtemps l'art dentaire comprend une opération accessoire, « l'anesthésie », qui ne pouvait pas être confiée à des mains inhabiles, et en dehors de tout contrôle, en raison des accidents nombreux survenus à l'occasion d'anesthésies pratiquées sans précaution. « Il est indispensable, a dit le comité d'hygiène, pour la sécurité des personnes, que les hommes qui peuvent pratiquer l'anesthésie générale ou locale, qui manient chaque jour des toxiques dangereux, qui doivent souvent trouver dans les lésions des dents et des gencives des indices d'une maladie grave qui peut ne se révéler comme premiers symptômes que par des lésions buccales, possèdent des connaissances médicales suffisantes ». C'est cette préoccupation qui a fait insérer dans l'article 32 une disposition spéciale refusant aux dentistes inscrits au rôle des patentes, avant le 1er janvier 1892, le droit de pratiquer l'anesthésie, sans être assistés d'un docteur ou d'un officier de santé.

La disposition transitoire contenue dans l'article 32 de la loi a maintenu à tout dentiste inscrit au rôle des patentes le 1er janvier 1892, le droit d'exercer la profession sans être muni du diplôme ; elle ne saurait être interprétée en ce sens que les situations de fait qu'elle voulait ménager pussent équivaloir au diplôme de chirurgien-dentiste et en tenir lieu (Paris, 22 décembre 1899, D. 1900, 2, 341).

Notamment, la disposition de l'article 32, aux termes de laquelle les dentistes non munis de diplôme n'ont le droit de pratiquer l'anesthésie qu'avec l'assistance d'un docteur ou officier de santé, est une prohibition absolue qui ne comporte ni exception, ni distinction ; elle défend l'anesthésie locale comme l'anesthésie générale. Il suit de là que l'interdiction prescrite par l'article 32 ne s'applique qu'aux dentistes qui, étant déjà inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892, ont conservé le droit d'exercer leur profession sans se munir de l'un des diplômes exigés par la loi. Elle ne saurait concerner les chirurgiens-dentistes diplômés sous le régime postérieur à la loi, et cela sans qu'il y ait lieu de distinguer entre l'anesthésie locale et l'anesthésie générale. (Trib. corr. Seine 14 janvier 1913. *Le Droit*, 11 février 1913 et *Gaz. Pal.*, 1er mars 1913.)

La personne qui ne peut justifier de son inscription en qualité de dentiste au rôle primitif de 1892 et qui n'établit pas que son omission audit rôle est due à une faute de l'administration, n'a pu, étant non diplômée, qu'exercer illégalement l'art dentaire et usurper la qualité de dentiste. La preuve d'une inscription au rôle supplémentaire serait insuffisante ; car la loi n'admet pas d'équivalence au mode de preuve légale fixé par l'article 32. (Tr. corr. Avignon, 26 janvier 1914. *La Loi*, 6 mai 1911.)

Sages-femmes. — Les articles 3 et 4 de la loi de 1892 renferment la réglementation de la situation des sages-femmes.

Les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme de première ou de deuxième classe, délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant une faculté de médecine, une école de plein exercice ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie de l'État.

Elles continuent d'exercer leur profession dans les conditions antérieures à la loi de 1892, c'est-à-dire que les sages-femmes de première classe peuvent l'exercer dans toute la France, tandis que les sages-femmes de deuxième classe ne peuvent l'exercer que dans le département pour lequel elles ont été reçues. Si elles veulent

exercer dans un autre département, elles doivent subir de nouveaux examens et obtenir un nouveau certificat d'aptitude.

Il n'existe, d'ailleurs, aucune distinction entre les sages-femmes de première classe et les sages-femmes de deuxième classe au sujet des opérations auxquelles elles peuvent procéder. Leur fonction est déterminée par la loi et consiste : 1° à pratiquer l'art des accouchements, mais avec certaines restrictions (art. 3, § 1, et 4, §§ 1 et 2) ; 2° à pratiquer les vaccinations et revaccinations antivarioliques (art. 4, § 3).

Les restrictions auxquelles est soumis l'art des accouchements pratiqués par la sage-femme sont de deux sortes :

D'une part, il lui est interdit d'employer des instruments. Cette interdiction est absolue : la sage-femme ne peut employer notamment le forceps, le céphalotribe. Le motif qui en a été fourni est qu'on ne peut pas donner à la sage-femme une instruction assez complète pour qu'elle sache employer les instruments dont il s'agit. Dans les cas d'accouchement laborieux, les sages-femmes doivent faire appeler un docteur en médecide (art. 4).

D'autre part, la sage-femme ne peut prescrire de médicaments, sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1873 et par les décrets qui pourraient être rendus après avis de l'Académie de médecine.

3. — Enregistrement du diplôme.

Les articles 9, dont le paragraphe premier a été modifié par la loi du 14 avril 1910, et 10 de la loi du 30 novembre 1892 imposent diverses obligations soit aux personnes exerçant une profession médicale, soit aux autorités administratives et judiciaires.

Ces obligations ont été instituées dans un intérêt public consistant à permettre de contrôler, en tout temps et partout, le droit à l'exercice de la médecine, et l'accomplissement des conditions mises par la loi à l'obtention et à la conservation de ce droit.

En ce qui concerne les personnes, d'abord, les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes sont tenus, dès leur établissement et avant d'accomplir aucun acte de leur profession, de faire enregistrer, sans frais, leur titre à la préfecture ou sous-préfecture, au greffe du tribunal civil de leur arrondissement et de le faire viser à la mairie du lieu où ils ont leur domicile ; et, s'il s'agit de débutants n'étant pas encore en possession de leur titre ou diplôme, ils doivent faire enregistrer et viser, comme il vient d'être dit, le certificat provisoire qui leur a été délivré par la Faculté ou par l'école professionnelle dûment autorisée (art. 9, § 1, modifié par la loi du 10 avril 1910). En cas d'omission, l'article 22 punit d'une amende de 25 à 100 francs celui qui, exerçant la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements, n'a pas fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions qui viennent d'être indiqués.

L'enregistrement du diplôme se fait à deux endroits, ainsi que le spécifie la loi :

1° A la préfecture ou à la sous-préfecture. L'enregistrement a lieu à la préfecture si le domicile du titulaire se trouve dans un arrondissement dont le chef-lieu est en même temps celui du département ; à la sous-préfecture dans les autres cas ;

2° Au greffe du tribunal civil de l'arrondissement où se trouve le domicile du titulaire.

L'enregistrement est exécuté *sans frais*. Il n'y a à payer ni droits de timbre, ni droit d'enregistrement tant à la préfecture qu'au greffe du tribunal civil. (Sol. Reg., 20 décembre 1893, S. 1895, 2, 288.)

Comme l'enregistrement est obligatoire et entraîne une sanction pénale en cas d'omission, le greffier ou le fonctionnaire de l'ordre administratif, chargés de le recevoir, seraient, en cas de refus, passibles de peines disciplinaires et, en outre, de dommages-intérêts envers le titulaire du diplôme. Il est prudent de demander un récépissé du titre, si la formalité de l'enregistrement n'est pas effectuée immédiatement; dans le cas où le récépissé est refusé, le titulaire pourra retenir son diplôme et faire constater le refus par témoins ou par huissier. (Voir Pabon, *Manuel juridique des médecins, des dentistes et des sages-femmes*, n° 75.)

Le renouvellement de l'enregistrement est prévu par les paragraphes 2 et 3 de l'article 9. Il a lieu dans deux cas :

En premier lieu, le fait de porter son domicile *dans un autre département* oblige à un nouvel enregistrement du titre dans le même délai (§ 2). C'est au changement de domicile qu'est attachée l'obligation de procéder au renouvellement de l'enregistrement; on en a conclu qu'elle n'est pas imposée au praticien qui se crée une ou plusieurs résidences nouvelles, même en vue d'y exercer son art. (Léchopié et Floquet, *La nouvelle législation médicale*, p. 104.)

En second lieu, le renouvellement a lieu pour ceux ou celles qui, n'exerçant plus depuis deux ans, veulent se livrer à l'exercice de leur profession (§ 3).

En imposant aux médecins l'obligation de faire enregistrer leur diplôme, la loi n'a statué que pour l'avenir. Elle a laissé en dehors de ses prévisions les docteurs en médecine qui pratiquaient leur art au moment de sa promulgation et qui ont continué à l'exercer sans interruption ni changement. (Cass., 5 juillet 1895, S. 95, 1, 384; Bourges, 4 avril 1895, *Pand. franç.*, 1896, 1, 473.)

En ce qui concerne les autorités administratives et judiciaires ensuite, l'article 10 dispose : « Il est établi, chaque année dans les départements, par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes portant les noms et prénoms, la résidence, la date et la provenance du diplôme des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes visés dans la présente loi. Ces listes sont affichées chaque année, dans le mois de janvier, dans toutes les communes du département. Des copies certifiées en sont transmises aux ministres de l'Intérieur, de l'Instruction publique et de la Justice. La statistique du personnel médical existant en France et aux colonies est dressée tous les ans par les soins du ministre de l'Intérieur. »

CHAPITRE II. — MÉDECINS ÉTRANGERS

Aux termes de l'article 4 de la loi de l'an XI, le gouvernement pouvait accorder l'autorisation d'exercer en France à un médecin ou à un chirurgien étranger et gradué dans des universités étrangères.

Cette disposition législative a été l'objet de vives critiques. Aussi le gouvernement a-t-il cherché, à diverses reprises, à en restreindre la portée; mais il ne pouvait prendre que des mesures administratives.

La question qui était à résoudre était celle des équivalences : « Le principe, disait M. Cornil au Sénat, de la réciprocité des équivalences, qui ne peut être équitable que si les diplômes dont se réclament les médecins étrangers ont la même valeur que le nôtre, est très délicat à appliquer. »

La question a été résolue par l'article 5 de la loi de 1892, qui est ainsi conçu :

« Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages femmes, diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France qu'à la condition d'y avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, de dentiste ou de sage-femme, et en se conformant aux dispositions prévues par les articles précédents. »

Ainsi donc la règle est, pour l'exercice des professions, l'obtention des diplômes exigés par chaque profession et déterminés par les trois premiers articles de la loi de 1892.

Mais, pour tempérer la rigueur du principe ainsi établi, le paragraphe 2 de l'article 5 et l'article 7 contiennent certaines dispenses de scolarité et d'examens.

D'autre part, les médecins et sages-femmes venus de l'étranger, autorisés à exercer leur profession avant l'application de la loi nouvelle, ont continué à jouir de cette autorisation dans les conditions où elle leur a été donnée (art. 28).

La loi de 1892 ne contient pas d'interdiction dans le cas particulier où un médecin étranger est appelé en France, soit pour une consultation, soit pour une opération chirurgicale ; c'est là une tolérance réciproque qui est passée dans nos mœurs et que le législateur de 1892 n'a évidemment pas entendu faire cesser. (Voir Roland, *Les médecins et la loi du 30 novembre 1892*, n° 150.)

Il en est autrement des médecins étrangers qui accompagnent leurs clients dans nos stations thermales et hivernales. En effet, MM. David et Chevandier avaient présenté, chacun, une proposition accordant l'autorisation temporaire d'exercice de la médecine aux médecins qui viendraient en France dans ce cas particulier. Mais ces amendements furent rejetés pour le motif qu'il serait bien difficile de contrôler l'action médicale de ces praticiens et de la limiter rigoureusement. Il pourrait même advenir que des médecins étrangers paieraient un client, qu'ils seraient réputés accompagner, pour avoir le droit d'exercer dans les conditions spécifiées. (Rapport de M. Chevandier, annexe au procès-verbal de la séance du 27 octobre 1890, *J. off.* du 28, p. 42.)

Mais, bien entendu, la règle établie par l'article 5 de la loi de 1892 n'empêche pas l'application des conventions intervenues entre États frontières pour réglementer l'admission réciproque à l'exercice de leur art des médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes établis dans les communes limitrophes des deux États. Telles sont les conventions du 22 janvier 1880 entre la France et le grand-duché du Luxembourg et du 27 janvier 1881 entre la France et la Belgique. Aux termes de ces deux conventions, identiques dans leur texte, les médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes, établis dans chacun des deux pays et dans des communes frontières, sont autorisés à exercer leur art de la même manière que chez eux dans les communes limitrophes de l'État voisin. Ils doivent seulement, sous peine de privation de leur prérogative, se conformer strictement à la législation et aux mesures administratives auxquelles sont soumis les officiers de santé de l'État voisin. D'autre part, le gouvernement de chacun des États frontières dresse, chaque année, et envoie aux autorités compétentes de l'État voisin une liste des médecins des communes limitrophes qui doivent bénéficier de la convention, avec l'indication des branches de l'art de guérir qu'ils sont autorisés à exercer. Lors de la discussion de la loi de 1892, il a été formellement déclaré que l'on continuerait de s'en tenir aux précédents en cette matière. (Rapport de M. Cornil au Sénat, *J. off.* 1892, p. 39.)

TITRE II

Droits et obligations.

Le médecin, qui peut exercer librement son art en France, pourvu qu'il soit diplômé de l'État français, a des droits; il a aussi des obligations. L'ensemble de ces droits et obligations est dominé par des règles d'honneur et de délicatesse qui découlent de la profession même; si on les négligeait, la profession serait mal remplie et ne jouirait pas de la considération qui lui est indispensable pour son exercice.

La profession de médecin est une profession libérale dégagée en principe de tout caractère commercial; par suite, le médecin n'est pas soumis à la juridiction commerciale, il est justiciable des tribunaux civils. Ainsi le médecin n'est pas commerçant, alors même qu'il peut acheter et vendre, dans certaines conditions, des médicaments; il deviendrait pharmacien et, par suite, commerçant, s'il tenait une officine ouverte. (Tr. comm. Rennes, 25 janvier 1907. D. 1909, 2, 360.)

Ce n'est pas ici le lieu d'examiner l'ensemble des devoirs professionnels du médecin, connus sous le nom de déontologie; il a été examiné dans une autre partie de ce volume. La question des droits et des obligations du médecin sera étudiée seulement au point de vue de la loi et de son interprétation par la jurisprudence.

CHAPITRE PREMIER. — DROITS DES MÉDECINS

1. — Honoraires.

En principe, les médecins et chirurgiens ont droit à des honoraires. C'est ce qui résulte implicitement, d'une part, de l'article 2101 du Code civil, et, d'autre part, de l'article 2272 du même Code, modifiés l'un et l'autre par la loi du 30 novembre 1892. L'article 2101 déclare privilégiés sur la généralité des meubles, après les frais de justice et les frais funéraires, « les frais quelconques de la dernière maladie, quelle qu'en ait été la terminaison, concurremment entre ceux à qui ils sont dus »; et l'article 2272 dispose que l'action des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens, pour leurs visites, opérations et médicaments, se prescrit par deux ans. Nous reviendrons ultérieurement sur l'explication de ces deux textes légaux.

Personnes créancières des honoraires. — Les honoraires ne peuvent être réclamés que par des personnes qui remplissent les conditions requises pour l'exercice de la médecine; par suite, est nul, comme ayant une cause illicite, le billet souscrit pour paiement des soins donnés et médicaments fournis à un malade par une personne exerçant illégalement la médecine, alors même qu'il n'y aurait pas eu, de la part de ce dernier, usurpation de titre, et que le ministère public n'aurait exercé aucune poursuite correctionnelle. (Besançon, 19 janvier 1872, S. 72, 2, 34.) Mais les sommes qui auraient été volontairement payées pour acquitter une obligation de ce genre ne sont pas sujettes à répétition. (*Même arrêt.*)

Lorsque, pour une opération, un médecin a demandé d'être assisté d'un confrère, celui-ci est en droit de réclamer directement au client le montant de ses honoraires. Le client opposerait vainement qu'ayant payé à son docteur plus qu'il n'était convenu, il a considéré qu'il n'avait plus rien à payer. (Tr. civ. Seine, 9 juin 1894; *Gaz. Trib.*, 15 août 1894.)

L'interne des hôpitaux, non encore docteur, n'est pas recevable à réclamer des

honoraires pour des soins qu'il ne peut donner en sa qualité d'interne, que comme le représentant du médecin. (Trib. Seine, 29 juillet 1881, S. 81, 2, 47.)

Nous avons indiqué qu'un médecin étranger, qui n'est pas diplômé par le gouvernement français, ne peut exercer la médecine sans commettre un délit; l'habitude, nécessaire à l'existence de ce délit, résulte suffisamment de visites réitérées faites à un malade. Ce médecin étranger ne peut, dans ces conditions, réclamer des honoraires pour ses visites; l'obligation dont il se prévaudrait reposant sur une cause illicite. (Trib. civ. Valenciennes, 19 mai 1904; *Gaz. Trib.*, 9 octobre 1904.)

Personnes débitrices des honoraires. — Le médecin peut évidemment réclamer des honoraires à la personne qu'il a soignée. Mais il faut déterminer qui doit payer en cas de mariage : il réclame le montant de ce qui lui est dû à la communauté, dont le mari est le chef, s'il a été appelé soit pour le mari, soit pour la femme, soit pour les enfants. Si les époux sont mariés sous le régime dotal, c'est au mari que devra être adressée la demande d'honoraires; car, en sa qualité d'usufruitier de la dot, il est chargé des dettes du ménage (art. 1549 C. civ.). De même, en cas de séparation de biens, les frais d'un traitement médical incombent au ménage, dont le mari est le chef (art. 212, 213 et 214 C. civ.); il a été cependant jugé à cet égard par le tribunal civil de la Seine, le 19 mars 1878, que le médecin qui a soigné la femme n'a pas d'action contre le mari (*Gaz. Trib.*, 5 avril 1878); mais cette décision ne paraît pas juridique. (Voir Roland, *op. cit.*, n° 172.)

Lorsque les soins ont été donnés à des enfants mineurs, les honoraires doivent être réclamés : soit aux père et mère, en vertu des dispositions de l'article 203 du Code civil, qui oblige les époux à entretenir les enfants, et des articles 384 et 385 du même Code, qui confèrent aux parents la jouissance des biens personnels de leurs enfants; soit au tuteur, qui est tenu de prendre soin de la personne du mineur et d'administrer ses biens. (Art. 450 C. civ.)

Les enfants sont responsables vis-à-vis du médecin, aux termes de l'article 205 du Code civil, des soins donnés à leurs parents dans le besoin; en donnant des soins aux parents, le médecin acquitte pour le compte des enfants une partie de l'obligation alimentaire qui leur incombe d'après l'article 1236 du Code civil. (Trib. paix Vanves, *Conc. méd.*, 1907, 756.) Dès lors, le médecin est fondé à actionner en paiement de ses soins et visites le fils de la malade, à qui il sert une pension alimentaire. (Trib. paix Argueil (Seine-Inférieure), 7 septembre 1906. *Déc. J. paix*, 1907, 181.)

Lorsqu'une personne, victime d'un accident, est morte des suites de ses blessures, le médecin doit, pour le paiement de ses honoraires, s'adresser aux héritiers. (Trib. civ. Niort, 13 juillet 1910. *Conc. méd.*, 1910, 461.)

Il est d'usage que les médecins réclament le prix des soins donnés aux gens de service, non à ces derniers, mais à leurs maîtres. (Lyon, 15 novembre 1898. D. 99, 2, 371.)

Le malade, quelle que soit la cause de sa maladie, est tenu personnellement vis-à-vis du médecin qui le soigne, quitte à agir contre la personne responsable de cette cause et à exiger d'elle le remboursement des frais par lui exposés. Si la personne a, au moment de l'accident pour lequel le médecin a donné ses soins, déclaré qu'elle réglerait les honoraires de ce dernier, cet engagement doit être interprété en ce sens qu'il relèverait le blessé du montant desdits honoraires; mais il n'a pu, par un acte de sa volonté, changer le principe de l'engagement contracté par le malade envers le médecin. (Trib. Toulouse, 1er mai 1909. *La Loi*, 1909, p. 489.)

Il a été jugé cependant que le tiers qui a pris l'initiative de faire appeler un médecin auprès d'un malade peut être considéré comme s'étant obligé solidairement avec celui-ci au paiement des honoraires de l'homme de l'art, s'il existe entre lui et le malade une absolue communauté d'intérêts et d'existence. (Cass., 4 déc. 1872, S. 72, 1, 430; trib. civil Montpellier, 22 déc. 1913, *Mon. Midi*, 8 février 1914.) Mais il ne faudrait pas généraliser cette décision; car, pour que la solidarité existe, il faut, en l'absence de tout écrit, que les circonstances démontrent clairement chez l'intermédiaire l'intention de s'engager personnellement. Il en est ainsi notamment dans le cas où un médecin a été appelé par l'auteur d'un accident à donner ses soins à la victime de cet accident; il peut en conséquence actionner en paiement de ses honoraires, à la fois, l'auteur et la victime de l'accident devant le juge du domicile de ce dernier. (Trib. justice de paix, Saint-Étienne, 15 juillet 1912, *Déc. J. paix*, 1913, 190.)

Le patron est garant du paiement des honoraires du médecin appelé par lui pour donner des soins à son ouvrier victime d'un accident dans le cours de son travail; car il ne saurait être assimilé à un tiers qui, témoin d'un accident, s'empresserait, par sentiment d'humanité, de prévenir le médecin. (Trib. Vassy, 29 novembre 1882, *Gaz. Pal.*, 83, 2, 376.)

Pouvoir d'appréciation des tribunaux. — Les honoraires qui sont dus aux médecins, chirurgiens, sages-femmes pour les soins qu'ils ont donnés à des particuliers ne peuvent être fixés d'après des règles uniformes; les tribunaux ont, à cet égard, un pouvoir souverain d'appréciation et peuvent réduire le montant de la somme réclamée, lorsque la demande est exagérée.

Pour estimer la rémunération due au médecin, les juges prennent en considération la gravité de la maladie, la nature et les difficultés du traitement que suit le malade, de l'étude que la maladie exige, des moyens qu'il faut déployer pour la combattre, du résultat du traitement, et enfin de la situation de fortune du client et de la notoriété du médecin qui donne ses soins. (Voir trib. Seine, 21 août 1884, *Gaz. Pal.*, 85, 1, 82; Amiens, 31 juillet 1889, D. 90, 5, 31; trib. Toulouse, 15 janvier 1907, *Gaz. Pal.* du 25 avril 1907; trib. Lille, 31 janvier 1912, *Rec. jud. Nord*, 1913, 254.). Il faut ajouter qu'il y a lieu de tenir compte des usages locaux; les honoraires du médecin peuvent être plus ou moins élevés suivant les villes et les régions.

Lorsqu'il y a contestation sur le montant des honoraires, le tribunal ordonne fréquemment une expertise, avec mission pour l'expert désigné d'examiner les livres et carnets du médecin, de vérifier le nombre des visites et opérations et les soins donnés au malade, d'en fixer le prix, en tenant compte, suivant l'observation qui a été faite plus haut, des usages, de la nature de la maladie, des soins donnés, de la situation scientifique du médecin et de la situation de fortune du malade. (Trib. civil Seine, 3 mars 1916, *Gaz. trib.*, 1916, 2, 408.)

Le client qui ne paie pas comptant les visites de son médecin est présumé s'en être rapporté aux notes de celui-ci pour constater le nombre des visites faites; et si le client conteste ce nombre, c'est à lui qu'incombe la charge de la preuve. (Trib. Seine, 8 décembre 1884, *Gaz. Pal.*, 85, 1, 90.) D'autre part, lorsqu'il est impossible de connaître le nombre de visites dues à un médecin, il convient de considérer l'ensemble du traitement pour déterminer un chiffre global eu égard aux éléments que l'on vient d'indiquer précédemment, et en particulier à la nature de la maladie et à la fortune de celui qui a été soigné. Le médecin ne saurait réclamer aux héritiers du malade décédé un chiffre d'honoraires plus élevé

que celui qu'il aurait demandé au malade lui-même. (Cour de Nîmes, 13 mai 1912, *Gaz. trib.*, 1912, 1, 461.)

Les tribunaux, saisis par un médecin d'une demande en paiement d'honoraires, peuvent fixer la majoration du prix applicable à des visites faites la nuit, ou au cours desquelles le médecin a dû procéder à des opérations. (Lyon, 15 novembre 1898, D. 1899, 2, 371.)

Il faut noter que les tarifs d'honoraires, adoptés par le Syndicat professionnel des médecins établis dans une région, ne sont pas obligatoires pour les tribunaux ; d'ailleurs, lorsqu'une maladie a duré plusieurs mois et nécessité de nombreuses visites et des soins d'une nature spéciale, on ne saurait appliquer dans toute sa rigueur le tarif en usage pour le prix d'une visite isolée ou d'un nombre de visites restreint. Les honoraires du médecin doivent être fixés dans leur ensemble. (Bordeaux, 14 février 1900, S. 1900, 2, 190.)

Lorsqu'un forfait a été convenu avec un client, ce forfait doit s'exécuter dans les conditions arrêtées. Un dentiste qui a fait un forfait avec un client pour le traitement à suivre en vue de corriger des anomalies dentaires ne peut, à moins de justifications ou de preuves spéciales, réclamer à ce dernier des honoraires distincts de ceux antérieurement convenus pour les soins apportés à combattre des accidents qui ont été la suite immédiate du traitement subi, notamment pour la cure de la carie des dents qui est survenue aussitôt après l'opération et qui était un des incidents prévus de l'entreprise dirigée par le dentiste. (Trib. Seine, 9 janvier 1894, *La Loi*, 15 février 1894.)

La question se pose de savoir si un médecin ou un chirurgien peut valablement stipuler, dès le début d'une maladie ou pendant son cours, que le malade lui paiera une somme déterminée, soit immédiatement, soit après la guérison. On considère que les tribunaux ont un plein pouvoir d'appréciation pour décider si la convention doit être reconnue valable ou doit être annulée et pour dire, en cas de validité reconnue, si la somme fixée doit être réduite.

A cette question se rattache la suivante : peut-il y avoir violence morale annulant le consentement dans le seul fait de consentir une promesse sous l'empire de la crainte d'un mal considérable et présent, alors même que le bénéficiaire de la promesse n'a fait aucune menace ? Et, par exemple, un chirurgien est appelé par un médecin auprès d'un malade qui doit être opéré immédiatement ; le chirurgien ayant réclamé ses honoraires avant l'opération, une reconnaissance régulière lui est signée. L'opération terminée, l'intéressé refuse de payer et, pour justifier sa prétention, expose que la reconnaissance n'a point été souscrite librement par lui : si, en effet, dit-il, en raison du caractère d'urgence de l'opération qui lui était présentée comme la seule chance de salut et dans l'appréhension d'un mal irréparable, il n'a pas hésité à signer l'engagement dont il s'agit, c'est qu'il n'avait pas à ce moment une liberté d'esprit suffisante pour discuter le chiffre d'honoraires qui lui était réclamé. De ce fait, il a subi une violence morale qui est de nature à vicier le consentement donné.

Quelle est la valeur d'une pareille thèse ? Aux termes de l'article 1143 du Code civil « il n'y a pas de consentement valable, si le consentement a été extorqué par la violence ». La violence, prévue par cet article, consiste dans la contrainte exercée sur la volonté d'une personne, soit par la force matérielle, soit par des menaces ou une pression morale abusive, pour la déterminer à consentir un acte juridique ; elle ne constitue, par suite, une cause de nullité qu'autant qu'elle a été la raison déterminante de l'engagement et que le consentement de la personne qui prétend l'avoir subie a été extorqué sous son influence décisive et directe.

Étant donné que la violence ne se présume pas, il appartient à l'intéressé qui l'invoque comme moyen de nullité de faire la preuve que l'engagement, faisant l'objet, dans l'exemple que l'on a pris, de la reconnaissance litigieuse, a été déterminé par les menaces ou tout au moins par la pression morale qu'aurait exercée le chirurgien pour obtenir son consentement. Si notamment le chirurgien a expliqué, au moment où il a été appelé, que l'opération pouvait être faite à l'hôpital ou par tout autre chirurgien, on ne saurait parler de violence dans le sens de la loi. (Voir jugement Trib. civil Seine, 1er avril 1914. *Rec. Gaz. Trib.* 1914, 2, 375 ; et aussi Trib. civ. Seine, 23 février 1907, *Rec. Gaz. Trib.* 1907, 2. 287.)

Bien entendu, dans les développements qui précèdent, il n'est pas question des honoraires auxquels les médecins ont droit en matière d'expertises ou opérations médico-légales. On verra plus loin les règles applicables à cet égard.

Preuve. — En ce qui concerne la preuve, si les livres et carnets des médecins ne peuvent, au même titre que les livres des commerçants, faire foi en justice, les tribunaux sont autorisés cependant à y puiser des présomptions suffisantes pour fixer leur conviction. (Trib. Libourne, 13 janv. 1887, S. 89, 2, 45 ; Cass. 27 mars 1907 ; *La Loi*, 1908-137 ; Roland, *op. cit.*, n° 170.)

Un médecin ne peut, sans manquer aux convenances et à la délicatesse, qui est une des règles de sa profession, réclamer des reconnaissances ou autre écrit au malade qu'il traite. Il doit être considéré comme ne pouvant se procurer une preuve écrite, conformément aux articles 1347 et 1348 du Code civil, et être admis à prouver par ses livres le nombre de ses visites et de ses consultations. (Cour de Toulouse, 22 décembre 1910 ; *La Loi*, 1911, 252.)

En raison de la situation particulière où se trouvent les médecins, on décide généralement que la créance du médecin peut être établie par témoins ou par des présomptions graves, précises et concordantes, alors même qu'elle excède 150 francs. (Voir même jugement du tribunal de Libourne et Cour de cass., 27 mars 1907, précités). Si, en principe, la preuve testimoniale n'est pas admise lorsque la créance est supérieure à 150 francs, l'article 1348 du Code civil établit une exception, lorsqu'il n'a pas été possible au créancier de se procurer une preuve littérale ; et cette impossibilité s'entend d'une impossibilité morale et relative aussi bien que de l'impossibilité matérielle et absolue. Or, un usage fondé sur la nécessité et l'intérêt des malades, en même temps que sur le respect et la dignité du médecin ou du chirurgien, s'oppose à ce que ceux-ci demandent un engagement écrit de payer les honoraires. (Cour de Paris, 15 mars 1905, D. 1907, 2, 357.)

Prescription. — L'article 2272 du Code civil déclarait prescrite par un an l'action des médecins, chirurgiens et apothicaires. L'article 11 de la loi du 30 novembre 1892 a modifié ce texte, en décidant que l'action des médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens, pour leurs visites, opérations et médicaments, se prescrit par deux ans. Ce texte a ainsi ajouté les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes et a porté le délai de prescription d'un an à deux ans, mais n'a changé en rien les principes qui, avant la loi de 1892, fixaient les conditions dans lesquelles s'exerçait la prescription.

L'article 2272 du Code civil, ainsi modifié, ne s'applique pas aux gardes-malades qui tombent sous le coup de l'article 2271 du Code civil, indiquant une prescription de six mois pour l'action qu'ils auraient à intenter en vue d'obtenir le paiement de leurs salaires.

Délai de prescription. — Le délai de prescription est donc de deux années ; le législateur de 1892 a considéré que le délai antérieur d'une année était trop court,

On a expliqué au Sénat, lors de la discussion de la loi de 1892, que, d'après les usages, les honoraires des médecins ne se payaient pas avec une ponctualité telle qu'il fallût obliger ceux-ci à former leur demande en justice dans le délai d'une année à partir de leur dernière visite, s'ils voulaient échapper à la prescription. On a pensé, d'autre part, que le délai de cinq années établi pour les arrérages de rentes, les pensions alimentaires, les loyers des maisons, les fermages, les intérêts des sommes prêtées et généralement tout ce qui est payable par année ou à des termes périodiques plus courts, était trop long; car, d'un côté, le médecin qui ne présenterait sa note d'honoraires qu'au bout de cinq années ferait preuve d'une négligence qu'on aurait tort d'encourager; d'un autre côté, le client pourrait très difficilement contrôler une semblable réclamation, et il serait quelquefois victime d'erreurs qu'on ne pourrait vérifier ; enfin on ne peut laisser s'accumuler des honoraires dont le chiffre final peut devenir écrasant pour le débiteur.

La prescription de deux ans, qui a été ainsi organisée par l'article 2272 modifié par la loi de 1892, appartient à la catégorie des prescriptions qui sont fondées, non sur des motifs d'ordre public qui excluent toute preuve contraire, mais sur de simples présomptions de paiement, résultant du besoin qu'ont les créanciers d'être payés promptement, de l'habitude des débiteurs d'acquitter les dettes visées par des dispositions comme celles de l'article 2272 sans un long retard et même sans exiger de quittance, et enfin des exemples souvent répétés des débiteurs, surtout de leurs héritiers, contraints, en pareils cas, de payer deux fois. Dès lors, cette prescription est inapplicable quand celui qui l'invoque reconnaît n'avoir pas payé la somme réclamée. (Voir Trib. civ. Seine, 24 octobre 1913, *Gaz. Pal.*, 10 janvier 1914) ; il en serait de même s'il reconnaissait implicitement n'avoir pas payé l'intégralité de sa dette d'honoraires, par suite du versement de simples acomptes à son médecin.

La créance du médecin peut être soumise à la prescription de cinq ans qu'édicte l'article 2277 du Code civil pour les sommes payables par année. Ce cas se présentera lorsque la créance du médecin résultera d'une convention d'abonnement annuel conclu avec le client. (Voir Trib. justice de paix, Lectoure, 24 mai 1912. — *Rev. J. Paix*, 1913, 458.)

Créances visées par l'article 2272 C. civ. — La prescription de deux ans s'applique au prix des visites, des opérations et des médicaments. Le mot *visites* concerne le médecin, le mot *opérations* le chirurgien et le mot *médicaments* le pharmacien.

Mais, lorsque les sommes réclamées par le médecin se rapportent à des déboursés pour appareils ou médicaments, la Cour de cassation a décidé, dans un arrêt antérieur à la loi de 1892 qui porte la date du 19 juin 1882 (D. 83,1,256), que la prescription de l'article 2272 était inapplicable, le prix des fournitures faites par le médecin ne faisant pas partie des honoraires à lui dus pour l'exercice de sa profession. Postérieurement à la loi de 1892, la Cour d'appel de Lyon, dans un arrêt du 15 novembre 1898 (D. 99, 2, 371), a jugé que la prescription de deux ans s'appliquait à l'action en paiement des médicaments que le médecin a fournis à son client, dans le cas où le médecin est autorisé à les fournir. Ce cas est prévu par l'article 27 de la loi du 21 germinal de l'an XIII et se présente quand il n'y a pas de pharmacien dans le bourg, village ou commune.

En ce qui concerne les dentistes, certains auteurs décident que, pour la vente par eux faite d'appareils ou de toutes autres fournitures, il faut appliquer la prescription de deux années et non la prescription annale contre l'action des marchands en paiement de marchandises (Floquet et Lechopié, *La nouvelle lég. méd.*,

p. 111). Les autres admettent que la prescription de deux ans doit être exclusivement restreinte à l'action du dentiste pour soins et opérations et non à l'action d'appareils ou fournitures (Pabon, 186; Roland, 180). Il ne paraît pas y avoir de jurisprudence sur la question ; la deuxième opinion nous paraît seule juridique.

Point de départ de la prescription. — La loi de 1892 n'a pas tranché cette question qui a soulevé de nombreuses discussions, mais qui semble résolue aujourd'hui par la jurisprudence.

On a estimé, tout d'abord, que la prescription commençait à courir après chaque visite, chacune des visites faites constituant une créance particulière. En second lieu, on a émis l'opinion qu'il fallait distinguer entre la maladie aiguë et la maladie chronique ; dans le premier cas, la prescription ne commencerait à courir que de la fin de la maladie ; et dans le second cas, elle courrait, pour chaque visite, à partir de sa date.

La jurisprudence ne fait pas de distinction entre la maladie aiguë et la maladie chronique; elle considère la cessation des soins donnés par le médecin et fait courir la prescription du jour où le traitement a pris fin (Caen, 21 avril 1868, D 71, 2, 180; voir également le jugement du tribunal civil de la Seine du 3 mars 1916, cité ci-après). Les visites et opérations dues à un médecin pour le traitement d'une même maladie ne donne pas naissance à autant de créances distinctes prescriptibles séparément, mais à une créance unique qui, devenue complète seulement au jour de la fin de la maladie ou de la cessation des rapports du médecin avec le malade, est également prescriptible à partir de ce jour. (Trib. civil Seine, 3 mars 1916. *Gaz. Trib.* 1916, 2, 408).

Dans le cas où un malade est atteint d'une maladie chronique, les soins donnés peuvent être rares et espacés, à certaines époques, tandis qu'à d'autres, au contraire, ils sont rapprochés et répétés; il faut considérer que, malgré leur intermittence, les soins n'ont pas cessé d'être continus et qu'envisagés dans leur ensemble ils forment un tout indivisible (Montpellier, 30 janvier 1908. *Man. jud. Midi* du 23 février 1908). Cependant les juges ont à cet égard un certain pouvoir d'appréciation; et notamment si la maladie a compris plusieurs périodes distinctes entre lesquelles les soins du médecin ont cessé pendant un temps assez long pour qu'on puisse présumer la libération du malade, la prescription, pour chaque période, ne commencera à courir que de la fin de cette période (Lyon, 15 novembre 1898, D. 99, 2, 371).

La prescription biennale court à partir de la cessation du traitement, le premier jour des deux ans n'étant pas compris dans le délai. Si donc la dernière intervention du médecin est du 19 février 1904, l'action en paiement de ses honoraires a été valablement introduite le 19 février 1906 (Trib. paix Paris, 12 avril 1906. *La Loi* 1906, 293).

Privilège. — Les frais de dernière maladie ont toujours été l'objet d'un privilège ; cette faveur est justifiée par l'importance du service rendu et par le crédit obligé, que la délicatesse et l'humanité imposent à tous ceux auxquels ces frais peuvent être dus.

Antérieurement à la loi du 30 novembre 1892, on se demandait si le privilège des frais de dernière maladie pouvait être réclamé seulement pour les frais de la dernière maladie qui a précédé le décès, ou bien pour les frais de la dernière maladie qui a précédé tout événement, tel que la déconfiture ou la faillite, nécessitant une distribution de deniers. Contrairement à la jurisprudence de certains tribunaux et à la doctrine de plusieurs auteurs, la Cour de cassation avait décidé par deux arrêts, dont le dernier en date est du 27 juin 1892, que les frais de

maladie que l'article 2101 du Code civil déclarait privilégiés devaient s'entendre exclusivement de ceux de la maladie suivie du décès du débiteur.

C'était une injustice à l'égard de l'homme de l'art qui n'obtenait pas, lorsqu'il avait sauvé son malade, la récompense de son dévouement et de ses soins : privé du privilège, il risquait de ne pas être payé ou de n'être payé qu'en monnaie de dividende. « On ne voit pas pourquoi, a dit le rapporteur de la loi de 1892 au Sénat, le médecin qui se trouve en présence de la faillite ou de la déconfiture du débiteur qu'il a sauvé, n'aurait pas le même privilège que le médecin qui est en présence de la succession insolvable du débiteur qu'il a perdu. C'est donc avec raison que la Chambre des députés a modifié l'article 2101 n° 3 et décidé que le privilège comprendrait les frais quelconques de dernière maladie, qu'elle qu'en ait été l'issue. »

La loi du 30 novembre 1892 a, en conséquence, par son article 12, modifié l'article 2101 n° 3 du Code civil. Ce texte est maintenant ainsi rédigé : « Les créances privilégiées sur la généralité des meubles sont celles ci après exprimées, et s'exercent dans l'ordre suivant : ..... 3° les frais quelconques de la dernière maladie, *quelle qu'en ait été la terminaison*, concurremment entre ceux à qui ils sont dus. »

Comme ce sont les frais de la dernière maladie qui seuls sont privilégiés, il en résulte qu'en cas de plusieurs maladies successives et distinctes du même débiteur, seuls les frais de la dernière de ces maladies jouiront du privilège. (Baudry-Lacantinerie et de Loynes, *Droit civil*, t. I, n° 327.)

Mais si la personne à qui des soins ont été donnés succombe aux suites d'une maladie chronique, le privilège, suivant une décision du tribunal civil de la Seine en date du 27 décembre 1913 (*Gaz. Pal.*, 20 février 1914; *Le Droit*, 29 avril 1914), ne garantit que les frais occasionnés par la dernière crise ayant entraîné la mort ; le surplus des frais ne peut faire que l'objet d'une collocation au marc le franc. C'est l'opinion généralement admise. (Voir notamment Aubry et Rau, *Droit civil*, t. III, p. 132, § 260.) Les tribunaux ont d'ailleurs un pouvoir souverain pour apprécier l'étendue de la dernière crise. D'après Baudry-Lacantinerie et de Loynes (t. I, n° 326), le privilège n'a d'autre limite que celle résultant de la prescription, dont le délai est de deux années, comme nous l'avons indiqué précédemment.

La question se pose de savoir si le privilège institué pour le paiement des frais de dernière maladie garantit uniquement les soins donnés au débiteur lui-même ou bien s'il garantit en outre les soins donnés aux membres de la famille du débiteur. La question est encore controversée aujourd'hui : suivant les uns, le privilège ne peut être exercé que pour les frais de la dernière maladie du débiteur ; car les privilèges sont de droit étroit et ne peuvent être étendus ; en outre, les mots « de la dernière maladie » ne peuvent s'appliquer qu'à une personne déterminée, laquelle ne peut être que la personne même du débiteur. (Cass., 3 août 1897, D. 98, I, 394 ; Trib. civ. Seine, 26 octobre 1912, *Gaz. trib.*, 1er janvier 1913, et *Le Droit*, 9 janvier 1913, Aubry et Rau, t. III, p. 131, § 260.) Suivant les autres, le privilège s'applique aussi bien aux frais de dernière maladie d'un des membres de la famille qu'aux frais de la dernière maladie du débiteur lui-même ; car il ne faut pas, pour interpréter l'article 2101, n° 3, l'isoler des autres dispositions du même article ; or l'article 2101, n° 5, qui accorde un privilège pour les fournitures des subsistances faites au débiteur et à sa famille, montre que le législateur a voulu, d'une manière générale, protéger le débiteur et sa famille. (Voir Trib. comm. Cherbourg, 20 novembre 1896, Guillouard, t. I, n° 216.) Il

faut noter que cette seconde opinion est moins suivie que la première, à laquelle nous estimons qu'il faut se tenir.

2. — Cession de clientèle.

Il est de principe que les professions consistant à rendre au public des services personnels, comme les professions libérales, sont étrangères à la commercialité. La profession de médecin est comprise parmi elles.

Il en résulte que la jurisprudence et l'ensemble des auteurs décident qu'en règle générale la cession pure et simple de la clientèle d'un médecin est nulle. Cette clientèle n'est pas dans le commerce, parce qu'elle dépend du choix libre des intéressés, des qualités personnelles du médecin et de la confiance qu'il inspire. La confiance qu'inspire le médecin est chose toute personnelle et dès lors intransmissible par voie de vente. (C. de Paris, 25 juin 1884 (D. 86, I, 175) et 3 août 1894 (S. 96, 2, 158); Riom, 13 mars 1894 (S. 95, 2, 43); Trib. civ. Seine, 22 novembre 1904 (*Rec. Gaz. trib.* 1905, 2, 208; Aubry et Rau, t. IV, pp. 316 et 317, § 344.) Par suite, la veuve d'un médecin ne peut céder la clientèle de son mari, ni l'exploiter avec le concours d'un homme de l'art muni de ses diplômes; est nulle, comme ayant pour objet une chose hors du commerce, la société formée pour l'exploitation d'une clientèle de médecine. Mais le médecin peut valablement prendre l'engagement, moyennant une somme d'argent : de vendre des objets se rattachant à l'exercice de sa profession, des meubles, des instruments, des produits pharmaceutiques, un droit au bail, un journal; de ne plus exercer la médecine dans un rayon déterminé et de présenter un médecin aux clients qu'il abandonne; de quitter la localité où il exerce sa profession de n'y plus revenir avant un certain délai et, en cas de retour, de ne s'y établir qu'à une certaine distance.

La convention par laquelle le médecin s'est ainsi engagé comporte uniquement des obligations de donner, de faire ou de ne pas faire. Elle n'est ni prohibée par la loi, ni contraire aux bonnes mœurs et à l'ordre public; elle est licite et obligatoire. (Voir Angers, 28 décembre 1848 (D. 50, 2, 193); Paris, 3 août 1894, précité; Trib. civ. Seine, 22 novembre 1904, précité; Cour de Lyon, 2 août 1912; *Gaz. Trib.*, 23 août 1912, et *La Loi*, 19 septembre 1912.)

Il résulte de la validité de cette convention deux conséquences : d'une part, le médecin cédant qui vient créer une concurrence à son cessionnaire, alors que la convention subsiste, commet une faute génératrice de dommages-intérêts fixés par les tribunaux qui peuvent même ordonner la fermeture du cabinet du cédant (arrêt de la Cour de Lyon précité); d'autre part, les billets signés par le médecin envers lequel l'engagement est pris pour prix de la cession sont réguliers et valables. (Trib. Loches, 19 mars 1908; *La Loi*, 30 août 1908.)

Dans un arrêt du 3 août 1894, S. 1896, 2, 158, la Cour de Paris a validé la convention par laquelle un médecin, exerçant dans une station d'eaux thermales, a cédé à un autre médecin, pour un prix déterminé, le droit au bail de la maison qu'il occupait et le mobilier qui garnissait cette maison, en s'engageant à se rendre avec lui pendant quelques jours dans la ville où le concessionnaire allait exercer, et à le présenter par voie de prospectus à ses clients et aux médecins qui avaient l'habitude d'envoyer leurs malades dans cette station, et en contractant ainsi implicitement l'obligation de ne plus exercer la médecine dans cette station.

Mais la nullité de la vente pourrait être prononcée, comme n'ayant ni raison d'être, ni cause légale, si l'acquéreur n'avait jamais été mis en possession de la clientèle, et que cette clientèle était d'ailleurs dénuée de valeur sérieuse. (Cass., 12 mai 1885, D. 86, 1, 175.)

L'engagement pris par un remplaçant de ne pas s'installer dans une localité où exerce un confrère est valable; s'il y a violation de cet engagement, les dommages-intérêts stipulés au contrat doivent être payés. (Cour d'Agen, 7 février 1910, *Conc. méd.*, 1910, 349.)

Le vendeur peut évidemment limiter l'objet de la cession : un médecin, par exemple, pourra ne céder qu'une partie de sa clientèle ou se réserver la faculté d'exercer sa profession concurremment avec le cessionnaire. Un dentiste peut ne comprendre dans la vente que les opérations dentaires proprement dites et se réserver la confection de certains appareils ou l'exploitation d'une eau dentifrice. (Voir Pabon, *op. cit.*, n° 212.)

Il n'est pas douteux que, lorsqu'une sage-femme possède une maison d'accouchement où elle reçoit et soigne des femmes pendant la fin de leur grossesse et pendant la période qui suit l'accouchement, la cession de cette maison peut faire l'objet d'une vente régulière.

3. — Syndicats et associations.

La loi du 30 novembre 1892 contient une disposition qui permet aux médecins de se constituer en syndicats; l'article 11 est ainsi conçu : « A partir de l'appli-« cation de la présente loi, les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes « jouiront du droit de se constituer en associations syndicales dans les conditions « de la loi du 21 mars 1884, pour la défense de leurs intérêts professionnels, à « l'égard de toutes personnes autres que l'État, les départements et les com-« munes. »

Cette disposition législative a fait droit aux réclamations formulées par les médecins contre la jurisprudence qui refusait de reconnaître la constitution légitime des syndicats de médecine.

L'utilité de ces syndicats est incontestable. Sans doute, le médecin qui fait partie d'un syndicat aliène une partie de sa liberté individuelle; mais du fait que l'homme vit en société n'abandonne-t-il pas une partie de sa liberté au profit de la collectivité dont il fait partie? Comme l'observe M. Boudin (*Le Syndicalisme médical*, p. 74), on accepte le service militaire obligatoire, pour avoir la liberté de vivre dans sa patrie; on se soumet aux règles de police, pour avoir la quiétude, la tranquillité; on se soumet aux règles d'hygiène, pour avoir une protection contre les épidémies. Les obligations qu'on s'impose trouvent leur contrepartie dans des avantages que peut procurer l'union, surtout à notre époque où l'association seule permet de se défendre.

Quels sont les avantages que peuvent trouver les médecins en se groupant? Ces avantages sont : d'établir des rapports permanents entre les médecins d'une région, de leur apprendre à se connaître et à se protéger réciproquement; de s'efforcer d'aplanir les conflits qui pourraient s'élever soit entre confrères, soit entre clients et médecins; d'améliorer la situation tant individuelle que collective des médecins de cette région; d'allouer des indemnités journalières ou annuelles en cas d'accident ou de maladie, et des retraites aux médecins ou à leurs veuves et orphelins; de réprimer toutes les usurpations sur les droits d'exercice que la loi confère aux médecins; de fournir des renseignements exacts pour l'établissement des nouveaux confrères qui en feraient la demande. Les syndicats médicaux ont aussi une grande importance pour l'organisation d'un service de recouvrement des honoraires ou l'établissement d'un tarif minimum d'honoraires dans certaines circonstances.

Au point de vue législatif, il faut considérer que le groupement des médecins peut s'effectuer en utilisant soit les dispositions de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels, soit celles de la loi du 1er juillet 1901 sur le contrat d'association. Les médecins ont un droit d'option qui leur permet d'adopter, à leur choix, l'un ou l'autre des deux régimes qui leur sont offerts; mais, lorsqu'ils auront fait leur choix, ils ne pourront plus, le cas échéant, se prévaloir d'une disposition favorable de la législation qu'ils ont répudiée. Chacune de ces lois présente des avantages et des inconvénients.

1° *Groupement.* — Le syndicat a pour seul but : l'étude et la défense des intérêts économiques et corporatifs; les syndicats peuvent être consultés sur tous les différends et toutes les questions se rattachant à leur spécialité (art. 6, § 6, loi de 1884). L'association, au contraire, peut se proposer les buts les plus divers, à la condition de ne pas avoir en vue le partage de bénéfices entre ses membres et de ne pas avoir un objet contraire aux lois et aux bonnes mœurs.

Un syndicat médical ne peut comprendre comme membres que des médecins. L'article 13 de la loi de 1892 a, en effet, statué par voie de disposition exceptionnelle et doit par suite être interprété strictement; les médecins, pas plus d'ailleurs que les chirurgiens-dentistes et sages-femmes, ne peuvent se syndiquer avec d'autres personnes exerçant des métiers similaires : ils ne peuvent se constituer en syndicats avec des pharmaciens, par exemple. (Cass. crim., 28 février 1902. D. 1902, 1, 203.) Une association peut être formée entre personnes n'exerçant pas la même profession et n'ayant pas les mêmes intérêts économiques à défendre.

2° *Formalités et capacité juridique.* — Les fondateurs du syndicat doivent déposer les statuts et les noms de ceux qui, à un titre quelconque, sont chargés de la direction ou de l'administration ; le dépôt est effectué à la mairie de la localité où le syndicat est établi, et à Paris à la préfecture de la Seine. Moyennant l'accomplissement de ces formalités, le syndicat a une certaine capacité civile qui lui permet d'ester en justice, d'employer les sommes provenant des cotisations, d'acquérir des immeubles, mais seulement ceux qui sont nécessaires à ses réunions, à ses bibliothèques et à des cours d'instruction professionnelle.

La loi du 1er juillet 1901 a créé trois types d'association : l'association simple, l'association déclarée, et l'association reconnue d'utilité publique. L'association simple se forme librement, sans autorisation ni déclaration, quel que soit le nombre de ses membres, par un simple accord de volonté qui peut être manifesté verbalement et même résulter implicitement de l'accomplissement d'actes déterminés (Trouillot et Chapsal, *Du contrat d'association*, p. 62) ; elle ne jouit d'aucune capacité juridique (art. 2 de la loi) ; elle ne peut acquérir et posséder un patrimoine propre, ni ester en justice, ni même revendiquer contre les tiers la propriété de sa dénomination ; elle peut percevoir des cotisations, quoiqu'on lui ait contesté ce droit.

L'association déclarée, au contraire, possède la personnalité civile qui lui confère un certain nombre d'avantages, moyennant l'accomplissement des formalités suivantes, destinées à rendre publique son existence : les fondateurs doivent faire une déclaration préalable à la préfecture du département ou à la sous-préfecture de l'arrondissement où l'association a son siège social ; cette déclaration écrite fait connaître le titre et l'objet de l'association, le siège de ses établissements et les noms, professions et domiciles de ceux qui, à un titre quelconque, sont chargés de son administration ou de sa direction ; deux exemplaires des statuts sont joints à la déclaration ; puis cette déclaration est rendue publique dans le délai d'un mois à compter de son dépôt au moyen de l'insertion au *Journal officiel*

d'un extrait contenant la date de la déclaration, le titre et l'objet de l'association et l'indication de son siège social. Cette déclaration préalable faite, l'association est investie de la personnalité juridique, mais seulement en tant que cette personnalité est nécessaire à la réalisation du but qu'elle se propose et dans les limites strictement tracées par la loi ; l'association peut ester en justice, acquérir à titre onéreux, posséder et administrer, en dehors des subventions de l'État, du département et des communes : 1° les cotisations de ses membres ou les sommes au moyen desquelles ces cotisations ont été rédimées, ces sommes ne pouvant être supérieures à 500 francs ; 2° le local destiné à l'administration de l'association et à la réunion de ses membres ; 3° les immeubles strictement nécessaires à l'accomplissement du but qu'elle se propose. Par conséquent, à ce dernier point de vue, les associations ne peuvent avoir dans leur patrimoine des immeubles non affectés à des services sociaux et en tirer profit directement ou indirectement par voie de location ou de toute autre manière.

Enfin, le troisième type est l'association reconnue d'utilité publique. La reconnaissance d'utilité publique est une faveur accordée par décret rendu en la forme des règlements d'administration publique, c'est-à-dire après délibération de l'assemblée générale du Conseil d'État (art. 10 de la loi de 1901). La demande en reconnaissance d'utilité publique doit être signée de toutes les personnes déléguées à cet effet par l'assemblée générale et être accompagnée d'un certain nombre de pièces : 1° un exemplaire du *Journal officiel* contenant l'extrait de la délibération ; 2° un exposé indiquant l'origine, le développement, le but d'intérêt public de l'œuvre ; 3° les statuts de l'association en double exemplaire ; 4° la liste de ses établissements avec indication de leur siège : 5° la liste des membres de l'association avec l'indication de leur âge, de leur nationalité, de leur profession et de leur domicile ; 6° le compte financier du dernier exercice ; 7° un état de l'actif mobilier et immobilier et du passif ; 8° un extrait de la délibération de l'assemblée générale autorisant la demande en reconnaissance. La demande est toujours adressée au ministre de l'Intérieur.

Les associations reconnues d'utilité publique ont une capacité civile très large. Elles ont la capacité des associations déclarées ; mais, en plus, elles ne sont soumises à aucune limitation quant au taux de rachat des cotisations qui peut dépasser 500 francs ; elles peuvent recevoir des libéralités dans les conditions prévues par l'article 910 du Code civil et l'article 5 de la loi de 1901.

3° *Union de syndicats ou d'associations.* — Il convient d'ajouter que les syndicats, comme les associations, peuvent se grouper en unions. Pour les syndicats, cette faculté résulte de la loi du 21 mars 1884 qui dispose, dans son article 5, que les syndicats professionnels, régulièrement constitués d'après la loi, peuvent librement se concerter pour l'étude et la défense de leurs intérêts ; ces unions doivent faire connaître les noms des syndicats qui les composent ; elles ne peuvent posséder aucun immeuble ni ester en justice.

Pour les associations, quoique la loi de 1901 ne leur ait pas reconnu formellement cette faculté, on reconnaît qu'elles peuvent se réunir entre elles et former des fédérations ; la légalité de ces unions a été reconnue au cours des travaux préparatoires de la loi et se trouve consacrée par les articles 7 et 10 du décret du 16 août 1901. Ces unions se constituent de la même manière que les associations, selon l'un des trois types organisés par la loi de 1901.

4° *Dissolution.* — Les syndicats prennent fin, soit par la réalisation de leur but, soit par un vote de leurs membres dont les conditions sont déterminées par les statuts, soit enfin en vertu d'un jugement des tribunaux correctionnels pour

infractions aux articles 2, 3, 4, 5, 6 de la loi de 1884. L'article 7 de cette loi dispose que tout membre d'un syndicat professionnel peut se retirer à tout instant de l'association, nonobstant toute clause contraire.

L'association non déclarée peut être dissoute volontairement à toute époque par un accord unanime des associés, sauf dispositions contraires des statuts. Mais, si elle n'a pas été formée pour un temps déterminé, chaque associé peut toujours s'en retirer à tout moment, nonobstant toute clause contraire, ainsi que le décide l'article 4 de la loi de 1901. La dissolution de l'association déclarée peut aussi être dissoute par un accord unanime des associés, sauf dans le cas où les statuts ont conféré à l'assemblée générale statuant à la majorité le droit de dissoudre l'association ; elle se produira par l'expiration du temps pour lequel elle a été formée et par la réalisation du but qu'elle s'est proposé ; enfin elle peut avoir lieu par une décision de l'autorité judiciaire ou de l'autorité administrative. La dissolution des associations reconnues d'utilité publique se produit de la même manière et dans les mêmes conditions que pour les associations déclarées ; il faut remarquer que la reconnaissance d'utilité publique peut être retirée par l'autorité qui l'a accordée. Ce retrait est motivé par des motifs graves, tels que désordre et irrégularité dans l'administration ; il laisse subsister l'association dans l'état où elle se trouvait avant sa reconnaissance, c'est-à-dire comme association déclarée.

Responsabilité syndicale. — Un syndicat professionnel de médecins commet une faute quand il porte une mesure de mise à l'index d'un médecin à la connaissance non pas seulement des adhérents au syndicat, mais du public qui n'a rien à voir dans les questions d'intérêt purement professionnel ; il en est à plus forte raison ainsi lorsqu'il donne au placard affiché une forme blessante par des formules équivoques et imprécises (Trib. civ. Toulouse, 14 avril 1910, *Gaz. Trib.*, 22 octobre 1910).

4. — Capacité de recevoir des libéralités.

L'article 909 du Code civil déclare que « les docteurs en médecine ou en chirur-« gie, les officiers de santé ou les pharmaciens qui auront traité une personne « pendant la maladie dont elle meurt, ne pourront profiter des dispositions entre « vifs ou testamentaires qu'elle aurait faites en leur faveur pendant le cours de « cette maladie ». Après avoir posé ce principe, l'article 909 admet deux exceptions qui vont être examinées plus loin.

C'est sur une présomption de suggestion et de captation qu'est fondée l'incapacité des médecins. En raison de l'influence exercée sur lui, le malade est considéré comme ayant sa raison obscurcie.

Il faut remarquer que la loi n'annule que les libéralités : il en résulte que tous actes, autres que les libéralités, passés entre le malade et le médecin ou toute autre personne que la loi assimile à ce dernier, sont valables, à moins qu'ils ne déguisent une libéralité.

L'article 909 du Code civil ne vise que les docteurs en médecine ou en chirurgie et les officiers de santé. Cependant, quoique l'on se trouve en une matière où tout est de droit strict, on doit considérer que l'incapacité dont il s'agit atteint ceux qui, sans titre légal, s'ingèrent dans les fonctions de l'art de guérir, tels que les empiriques et les charlatans. A l'appui de cette opinion, on fait valoir que les personnes soumises aux soins des guérisseurs qui exercent sans diplôme sont beaucoup plus exposées que les autres, en raison de l'insuffisance de leur éducation, à être victimes de la captation. En outre, l'article 909 assimile aux médecins les pharmaciens qui ont traité le malade ; or, les pharmaciens, qui n'ont que le

droit de vendre des médicaments, ne peuvent traiter les malades que d'une manière illicite ; dès lors il n'y a aucune raison pour ne pas étendre cette solution à toutes les personnes qui se trouvent dans ces conditions (Lyon, 17 juin 1896, S. 1898, 2, 124. Aubry et Rau, t. VII, p. 31, § 649. Baudry-Lacantinerie et Colin, t. II, n° 390). Mais, pour que la disposition faite au profit d'un empirique, magnétiseur ou charlatan, puisse être annulée en vertu de l'article 909, il faut que les conditions prescrites par ce texte soient remplies.

En dehors de ce cas qui se justifie pleinement, il n'est pas permis de sortir des termes restrictifs du texte légal pour créer une incapacité qui ne s'y trouve pas. Ainsi, l'article 909 ne s'applique pas aux gardes-malades, dont l'influence d'ailleurs est bien moins puissante, puisqu'elles ne donnent que des soins matériels ; ni aux sages-femmes. Toutefois, à l'égard de ces dernières, il semble que l'article 909 du Code civil deviendrait applicable si les soins donnés constituaient le véritable traitement d'une maladie, c'est-à-dire si, l'accouchement étant accompagné ou suivi de complications qui rendent des soins médicaux nécessaires, la sage-femme, au lieu de faire appeler un médecin pour donner ces soins, les donnait elle-même.

Conditions d'application de l'article 909. — Trois conditions sont nécessaires pour l'application de l'article 909, c'est-à-dire pour que les libéralités faites par un malade au profit des médecins et des personnes assimilées soient frappées de nullité :

1° *Il faut que le médecin ait traité le malade.* — Le traitement d'une maladie est un fait complexe ; aussi a-t-il été jugé que la question de savoir ce qui constitue *le traitement* présente, par l'ensemble des circonstances, la qualité des remèdes et la nature des soins dont le traitement se compose, une appréciation de fait confiée par la loi à la conscience des magistrats (Cass. 9 avril 1835, S. 35, I, 450. Voir Cass., 17 janvier 1876 et 6 août 1900 cités plus loin, Cass., 14 avril 1908, S. 1908, I, 456). Quelques espèces feront comprendre ce que doit être cette première condition : le médecin *purement consultant* n'est pas considéré comme ayant traité le malade. (Limoges, 6 février 1889, D, 90, 2, 73 ; tribunal civil de la Seine, 23 mai 1896, *Gaz. Pal.*, 1896, 2, 294, Aubry et Rau, tome VII, page 31, § 649 ; Demolombe, tome I, n° 507). Il en est de même dans le cas où le médecin n'a donné que des soins purement accidentels et non assidus et réguliers (Cass. 17 janvier 1876, D, 76, I, 181), et notamment, lorsque le testateur a été soigné pendant sa dernière semaine de maladie par un médecin, et qu'au cours de cette maladie un autre médecin, habitant la même maison, a été appelé à lui donner quelques conseils dans le but de lui procurer un soulagement immédiat, mais sans que ces soins, accidentels, pussent être comparés aux soins assidus et réguliers constituant un traitement au sens de l'article 909. Le legs fait à ce médecin qui a donné quelques conseils ne tombe pas sous l'application de la loi (Cass. 8 août 1900, S. 1901, I, 87).

L'état d'infirmité et de souffrances dans lequel un individu a vécu pendant plusieurs années et jusqu'à sa mort, à la suite d'une chute, peut être considéré comme n'ayant pas le caractère de maladie, dans le sens de l'article 909 C. civ. ; par suite, le legs fait par cet individu est valable, s'il est fait dans un tel état d'infirmité au médecin qui a donné ses soins (Cass., 12 janvier 1833, S. 33, I, 339).

En outre, l'incapacité n'atteint pas celui qui au moment de la libéralité a cessé de soigner le malade. Mais un médecin ne peut être considéré comme ayant cessé de traiter un malade, par cela seul que, jugeant la situation désespérée, il a laissé intervenir d'autres médications, même contraires à ses convictions, en se

bornant à surveiller l'ensemble des moyens de distraction et de soulagement entrepris successivement par son malade (Paris, 8 mars 1867, D. 67, 2, 145).

2° *Il faut que le malade soit mort de la maladie pendant laquelle il a été traité.* — On ne peut considérer comme une véritable maladie une simple faiblesse de tempérament ou de constitution qui oblige à des soins particuliers, mais qui ne comporte aucune lésion des organes et qui n'est pas fatalement destinée à entraîner la mort. Si la maladie prétendue nouvelle n'est en réalité que la continuation de l'ancienne, la libéralité doit incontestablement être considérée comme ayant été faite par le disposant dans le cours de la maladie dont il est mort. A cet égard, les tribunaux ont un pouvoir souverain d'appréciation ; il a été jugé que la dernière maladie, dans le sens de l'article 909, existe, quelque éloigné que soit le décès, dès l'instant où est survenu chez le testateur un état morbide mortel qui défie tous les efforts de la médecine et n'admet plus que les palliatifs pour la douleur et les distractions pour les préoccupations du malade (Paris, 8 mars 1867, précité) ; en cas de maladie chronique, la dernière maladie doit s'entendre de la période où le mal s'est aggravé, de manière à ôter tout espoir de guérison : une bronchite chronique qui a duré environ deux ans, mais dont le caractère ne s'est aggravé que deux mois avant la mort, n'est réputée dernière maladie qu'à partir de cette aggravation. Les libéralités antérieurement faites en faveur du médecin qui a traité le malade pendant la maladie sont valables (Cass., 23 décembre 1872 ; D. 74, 2, 205).

3° *La libéralité doit être faite dans le cours de la dernière maladie.* — Il résulte de cette condition, imposée par l'article 909 C. civ., que la libéralité faite au médecin avant le commencement de la maladie reste valable alors même que le donateur meurt ultérieurement d'une maladie pendant laquelle il a été soigné par le donataire; en pareil cas, aucun abus d'influence n'est à craindre, puisque la libéralité a été faite avant le moment où l'influence a pu commencer (*Tr. Gand*, 12 février 1890 ; *Pasicr. belge*, 90, 3, 137 ; Aubry et Rau, tome VII, p. 31, § 349 ; Baudry-Lacantinerie et Colin, tome I, n° 491).

Il est sans importance que la libéralité soit ou non contemporaine du traitement, pourvu qu'elle ait été faite pendant le cours de la dernière maladie; l'article 909 ne distingue pas. Il faut observer en effet que, même si la libéralité n'est pas contemporaine du traitement, la captation est à craindre ; le législateur a pu supposer que le médecin subordonnerait ses soins à la condition que, préalablement à tout traitement, une libéralité lui serait faite, ou qu'à la suite du traitement il profiterait de l'affaiblissement du malade pour se faire consentir une libéralité (Paris, 8 mars 1867, précité). Cette opinion n'est cependant pas unanimement admise ; divers auteurs sont en sens contraire (note de M. Labbé sous l'arrêt de la Cour de Paris : Baudry-Lacantinerie et Colin, t. I, n° 497).

Exceptions apportées par l'article 909. — L'article 909 apporte deux exceptions à la prohibition qu'il a édictée en principe. Il excepte :

1° Les dispositions rémunératrices faites à titre particulier, eu égard aux facultés du disposant et aux services rendus ;

2° Les dispositions universelles, dans le cas de parenté jusqu'au quatrième degré inclusivement, pourvu toutefois que le décédé n'ait pas d'héritiers en ligne directe ; à moins que celui au profit de qui la disposition a été prise ne soit lui-même au nombre de ces héritiers.

Ces exceptions sont d'interprétation stricte.

De même qu'on a appliqué le principe de la prohibition aux empiriques et aux

charlatans, de même les exceptions doivent leur être appliquées (Aubry et Rau, tome VII, p. 32, § 649).

Libéralités rémunératrices. — Il n'est pas nécessaire que le caractère rémunératoire de la libéralité soit exprimé dans l'acte qui la contient; mais ce caractère doit résulter des dispositions contenues dans l'acte de libéralité, c'est-à-dire que l'acte doit faire apparaître chez le disposant l'intention de rémunérer des services (Cass., 21 mars 1870, S. 70, 1, 233). Si le disposant n'a pas exprimé que la disposition est rémunératoire, elle est, jusqu'à preuve contraire, présumée ne pas l'être, et, si les héritiers du disposant l'attaquent comme étant faite dans des conditions où l'article 909 n'en admet pas la validité, c'est à la personne au profit de laquelle la libéralité est faite qu'il appartient de prouver qu'elle est rémunératoire.

Une libéralité peut être rémunératoire, alors même qu'elle dépasse les honoraires auxquels a droit le médecin. La loi, en effet, tient compte, pour en apprécier la validité, non seulement des services rendus, mais encore *des facultés du disposant.*

Les dispositions rémunératoires étant considérées comme le prix des services rendus, celui à qui elles sont faites ne peut, à moins de stipulation contraire, demander d'une autre manière le prix de ces services rendus; mais, s'il résulte des circonstances que le disposant a eu l'intention de permettre au gratifié de réclamer, outre la libéralité, le prix de ses services, cette volonté doit être respectée (Baudry-Lacantinerie et Colin, tome I, n° 502).

Libéralités au profit des parents. — En édictant la deuxième exception, le législateur est parti de cette idée que la libéralité s'explique par l'affection du disposant pour la personne gratifiée et que, par suite, la captation n'est pas à redouter.

Le législateur a employé l'expression « dispositions universelles » qui comprend non seulement les dispositions universelles proprement dites, mais encore les dispositions à titre universel; les dispositions à titre particulier sont, bien entendu, valables également.

En aucun cas, le parent au delà du quatrième degré ne doit profiter de l'exception contenue dans l'article 909; il n'y a d'ailleurs pas de distinction entre la ligne directe et la ligne collatérale. Conformément au principe que les exceptions ne doivent pas s'étendre, les alliés ne sont pas compris dans l'exception indiquée par le texte légal au profit des parents.

Si le disposant laisse des héritiers en ligne directe, le médecin n'est capable de recevoir que s'il figure parmi ces héritiers; et de même, il n'est incapable que si les parents en face desquels il se trouve sont héritiers. La loi parle d'héritiers en ligne directe; il ne suffirait donc pas, pour que le médecin, parent au quatrième degré, se trouvât incapable d'être le sujet d'une disposition universelle, que le défunt eût laissé des parents en ligne directe, si à cette qualité de parent ne se joint pas la qualité d'héritier. Ainsi, on peut supposer que le disposant soit mort, laissant un aïeul et un frère; il y a bien dans le cas envisagé un parent en ligne directe, mais il n'y a pas d'héritier dans cette ligne, puisque l'aïeul est exclu de la succession par le frère (art. 750 C. civ.). Dès lors, le médecin collatéral au quatrième degré ne se trouverait pas ici incapable de recevoir (Répertoire de Droit français V° *Donation entre vifs,* n° 1289). D'autre part, lorsque le disposant laisse des héritiers en ligne directe, il ne suffirait pas, pour faire cesser l'incapacité du médecin, que celui-ci fût seulement parent en ligne directe : il faut encore qu'il soit des héritiers de cette ligne. Il faut remarquer, en effet, que le mot *héritiers* n'a pas le sens du mot *parents.* (Voir Rép. Dr. franç. précité, n° précité.)

Il en résulte que les ascendants ne sont pas des héritiers en ligne directe au sens de l'article 909, si le défunt laisse des héritiers en ligne directe descendante ; il en est ainsi même du père (Laurent, t. XI, n° 351 ; Huc, t. VI, n° 104).

CHAPITRE II

Obligations des médecins.

1. — *Déclarations imposées aux médecins.*

Maladies épidémiques. — L'article 15 de la loi de 1892 est ainsi conçu : « Tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombées sous son observation et visées dans le paragraphe précédent. La liste des maladies épidémiques, dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel, sera dressée par arrêté du Ministre de l'intérieur, après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Le même arrêté fixe le mode de déclaration desdites maladies. »

On a considéré qu'il était impossible d'organiser l'hygiène dans une ville, dans une commune, si la municipalité, si le bureau d'hygiène qui la représente dans un certain nombre des grandes villes françaises, n'étaient pas prévenus au début d'une épidémie, à chaque fait de maladie épidémique qui se présente dans une ville ou une commune, et que la déclaration rendue obligatoire pour le médecin était celle qui offrait le plus de garanties pour qu'elle fût faite en connaissance de cause et le plus rapidement qu'il fût possible.

Par application de l'article 15 ci-dessus, le Ministre de l'intérieur avait pris, à la date du 23 novembre 1893, un arrêté qui a dressé la liste des maladies épidémiques prévues par l'article 15 précité de la manière suivante : la fièvre typhoïde ; le typhus exanthématique ; la variole et la varioloïde ; la scarlatine ; la diphtérie (croup et angine couenneuse) ; la suette miliaire ; le choléra et les maladies choléri formes ; la peste ; la fièvre jaune ; la dysenterie ; les infections puerpérales lorsque le secret au sujet de la grossesse n'aura pas été réclamé ; l'ophtalmie des nouveau-nés ; la méningite cérébro-spinale.

La loi du 15 février 1902 a renouvelé la prescription contenue dans la loi du 30 novembre 1892 ; et à cet égard il y a lieu de signaler le décret du 14 août 1914, rendu au lendemain de la déclaration de guerre.

En cas de non-déclaration, l'article 21 de la loi de 1892 édicte les peines suivantes : le docteur en médecine ou l'officier de santé qui n'aurait pas fait la déclaration prescrite par l'article 15 relative aux maladies épidémiques, sera puni d'une amende de 50 à 200 francs. Le texte légal ne vise pas la sage-femme ; elle ne peut donc être passible d'une condamnation pénale, si elle omet la déclaration prescrite. Ce n'est pas un oubli du législateur ; les travaux préparatoires ne laissent aucun doute à cet égard ; le législateur a probablement pensé que le sage-femme n'avait pas une aptitude suffisante à discerner les maladies pour la frapper d'une pénalité, dans le cas envisagé.

Mais il est à remarquer que, comme nous l'avons dit plus haut, la loi du 15 février 1902 a renouvelé la prescription de la loi de 1892 ; or, aux termes de l'article 27 de cette loi, la sage-femme qui ne ferait pas la déclaration d'une maladie épidémique figurant sur la liste prévue à l'article 4 serait punie des peines portées à l'article 471 C. pén.

Il n'est pas sans intérêt de signaler, à côté des déclarations de maladies épidémiques, le rôle du médecin des épidémies.

Le service des médecins des épidémies a été institué, à raison d'un médecin par arrondissement, le 2 mai 1805 : les maires, dès que le nombre des malades dans leurs communes excède la moyenne ordinaire, doivent aviser le sous-préfet qui envoie le médecin des épidémies de l'arrondissement (Circ. min. 1813). Ce médecin, qui est désigné par le préfet, ne reçoit pas de traitement fixe; il touche sur le budget départemental une indemnité en remboursement de ses frais de séjour et de déplacement ; son rôle consiste à se transporter, sur l'ordre qui lui est donné par l'autorité administrative, dans la commune de l'arrondissement où une maladie épidémique est constatée. Il en constate la nature, en recherche la cause, en suit la marche et prend les mesures propres à en arrêter le développement ; l'épidémie terminée, il adresse au préfet du département un rapport détaillé qui est communiqué à l'Académie de médecine.

Déclaration de naissances. — L'article 56 du Code civil dispose que la naissance de l'enfant doit être déclarée par le père ou à défaut du père par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé ou autres personnes ayant assisté à l'accouchement.

Ce n'est qu'à défaut du père, c'est-à-dire quand il sera absent ou ne pourra agir ou quand la mère ne sera pas mariée et que le père ne se fera pas connaître que commence l'obligation des médecins et de ceux qui sont désignés par l'article 56 (Cass., 12 novembre 1859, D. 60, 1, 50).

On admet aujourd'hui que les assistants dont parle ce texte sont toutes les personnes *présentes* dans la chambre de la mère au moment de sa délivrance. Et l'obligation qui leur est imposée pèse, indistinctement et sans ordre successif, sur chacun d'eux ; la conséquence est qu'en cas d'omission de la déclaration, le père n'étant pas présent ou étant inconnu, il y a lieu d'appliquer les peines, portées par l'article 346 C. pén., non seulement au médecin ou à la sage-femme, mais aussi aux autres personnes qui assistaient à l'accouchement (arrêt 12 nov. 1859 précité).

L'article 346 du Code pénal, auquel il vient d'être fait allusion, contient la sanction de l'obligation imposée par l'article 56 : il punit d'un emprisonnement de six jours à six mois et d'une amende de 16 à 300 francs ceux qui, ayant assisté à un accouchement, n'ont pas fait la déclaration prescrite par l'article 56, et dans les délais fixés par l'article 55 du même code.

Lorsque l'accouchement a lieu en dehors du domicile de la femme, les hommes de l'art et les autres personnes qui ont assisté à cet accouchement sont tenus de faire la déclaration de la naissance de l'enfant. Cette obligation leur incombe concurremment avec le tiers chez qui la femme est accouchée, et non pas seulement en cas d'absence ou d'empêchement de ce tiers. (Aubry et Rau, t. I, § 60, p. 304; Baudry-Lacantinerie et Fourcade, t. I, n° 889.)

Si l'enfant est né hors mariage, les médecins, comme tous ceux qui ont assisté à l'accouchement d'une femme, sont tenus de déclarer les noms et prénoms des père et mère ou de la mère seulement, avec toutes les indications prescrites par la loi.

La déclaration de naissance doit, aux termes de l'article 55, être faite dans les trois jours de l'accouchement à l'officier de l'état civil du lieu de l'accouchement. On ne compte pas dans le délai le jour de l'accouchement. Passé le délai de trois jours, l'officier de l'état civil doit se refuser à recevoir et à inscrire la déclaration ; l'acte ne pourrait plus être dressé qu'en vertu d'un jugement.

2. — Impossibilité d'employer un pseudonyme.

L'article 9, dans sa disposition finale, interdit d'exercer, sous un pseudonyme,

les professions de médecin, chirurgien, dentiste et sage-femme. Le législateur a voulu ainsi réprimer l'abus résultant de ce qu'un certain nombre de praticiens, réellement diplômés, exerçaient sous un nom d'emprunt.

En l'absence de définition légale, le mot « pseudonyme » doit s'entendre ici de tout nom tendant à dissimuler l'individualité du praticien, c'est-à-dire, en principe, de tout nom autre que le nom patronymique, ce nom fût-il le prénom de l'individu prévenu de contravention à la loi. (Voir *Répertoire Pandectes françaises*, V^is^ Médecine et pharmacie, n° 410.) Le médecin ou la sage-femme qui exerce sous un prénom dissimule son individualité aussi bien que s'il avait pris un nom ne lui appartenant pas. (Cass., 27 juillet 1899, D. 1900, 1, 365; Paris, 14 mars 1899, D. 1900, 2, 262.)

La contravention à la disposition de l'article 9 est punie des peines édictées pour l'exercice illégal de la médecine.

Il convient de faire remarquer que cet article n'a pas d'effet rétroactif. Il en résulte que les médecins qui, antérieurement à la prohibition qu'il contient, exerçaient leur art en se servant d'un pseudonyme, peuvent continuer à l'exercer de la même manière sans commettre de contravention. (*Répertoire général de Droit français*, V^is^ Médecine et chirurgie, n° 78.)

Il n'est pas contestable que l'article 9 contient implicitement l'interdiction d'exercer la médecine sous le couvert du nom d'un médecin, même avec l'autorisation de ce dernier.

CHAPITRE III

Questions diverses.

Il existe un certain nombre de questions qui, ne rentrant pas dans le cadre de la loi du 30 novembre 1892, intéressent cependant dans la pratique les médecins, en raison des solutions qui leur ont été données soit par la doctrine, soit par la jurisprudence.

1. — Contrat de bail.

A défaut de stipulation dans le bail, l'usage de l'escalier de service est réservé aux fournisseurs et aux domestiques.

Cet usage ne peut être imposé par le concierge d'un immeuble à la clientèle d'un médecin, même si cette dernière comprenait des personnes plus ou moins bien vêtues ou en tenue de travail; une telle exigence entraînerait forcément des froissements pour la clientèle et, par conséquent, un préjudice pour le médecin, préjudice qui, s'il se produisait, devrait être réparé par le propriétaire, dont le concierge est le préposé. (Jug. trib. civ. Seine, 8 novembre 1912; D. 1914, 5, 2.)

Le médecin auquel son bail interdit seulement d'avoir des malades à demeure n'y contrevient pas en recevant et en soignant même gratuitement dans son appartement un nombre considérable de malades atteints d'une affection d'une nature spéciale. Par suite, le propriétaire ne peut pas agir contre ce médecin, soit en résiliation de bail pour inobservation des conditions, soit en nullité pour erreur sur la substance, en alléguant que les allées et venues nombreuses des malades dans l'immeuble obligent les colocataires du médecin à coudoyer sans cesse des personnes susceptibles de les contaminer. (Trib. civ. Seine, 2 avril 1913, *Gaz. Trib.*, 1913, 1, 357.)

2. — Louage de services.

On s'est demandé quelle était la nature du contrat qui liait le médecin d'une compagnie d'assurances à cette compagnie. Plusieurs opinions ont été émises à ce sujet.

Les uns considèrent que ce contrat est un louage de services; d'autres un mandat; d'autres enfin pensent qu'il n'est ni l'un ni l'autre.

Dans cette dernière opinion, le médecin d'une compagnie d'assurances serait le mandataire de l'ouvrier blessé ou du chef d'entreprise qui s'adressent à lui. C'est ce qu'a décidé un arrêt de la Cour de Lyon du 7 décembre 1909 (D. 1913, 2, 73); cette solution est critiquable, car il est difficile d'admettre qu'il n'existe aucun rapport juridique entre une compagnie d'assurances contre les accidents et les médecins qu'elle charge de donner des soins aux victimes d'accidents. Ces médecins sont agréés par elle après entente sur les conditions de leur emploi, notamment sur le prix des visites et des opérations; ils sont payés par elle et en reçoivent des instructions. On n'aperçoit pas au contraire le lien de droit pouvant exister entre ces médecins et l'assuré ou l'ouvrier blessé : le chef d'entreprise avertit le médecin aussitôt qu'un accident se produit dans son industrie, mais il n'a pas d'ordre à lui donner; il n'y a entre eux aucun engagement réciproque et, par suite, aucun contrat. Pas de louage de services, parce que le médecin n'a pris aucune obligation envers le chef d'entreprise pour donner ses soins aux ouvriers blessés et il n'a reçu de lui aucune promesse de salaire; pas de mandat, car le patron ne lui a donné aucun pouvoir de le représenter ou de l'obliger. D'autre part, l'existence de contrats de cette nature existe encore moins vis-à-vis de l'ouvrier, car il subit le choix de la compagnie d'assurances; et s'il choisit son médecin, comme l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 lui en donne le droit, il est assimilé à toute autre personne qui appelle un médecin. (Voir la note sous l'arrêt de la Cour de Lyon précité.)

D'autres considèrent que les services intellectuels ne peuvent faire l'objet que d'un mandat et non d'un louage d'ouvrage, celui-ci pouvant comprendre seulement les services matériels ou mécaniques. Cette opinion a été admise par un jugement du tribunal de commerce de Marseille du 25 janvier 1900 (*Journ. jurisprud. Marseille*, 1900, 1, 137) pour un médecin sédentaire d'une compagnie de navigation au port d'attache. Il ne semble pas que l'on puisse faire rentrer dans la définition du mandat le contrat qui intervient entre le médecin et le client : le mandataire agit au nom du mandant, il le représente. Ce n'est pas le cas du médecin qui soigne un malade; l'exercice de sa profession est tout ce qu'il y a de plus personnel. En outre, le mandat est gratuit de sa nature.

En réalité, le contrat qui se forme entre la compagnie d'assurances et le médecin constitue un contrat de louage de services. Il n'y a pas lieu de faire une distinction entre les services intellectuels et les services matériels ou mécaniques, entre les professions libérales et les autres; il n'y a pas de travail humain exclusivement machinal et où l'intelligence ne joue aucun rôle. Le médecin, comme l'avocat, loue ses services. Le contrat de louage appliqué à leurs travaux ne peut porter atteinte à l'esprit qu'ils méritent tant par leur supériorité et leur éclat que par l'esprit et les sentiments qui les animent. Ni le médecin, ni l'avocat ne dérogent en stipulant un pareil contrat : acceptant la chose, ils doivent accepter le nom. (Voir la note sous l'arrêt de la Cour précité.)

En se rangeant à cette dernière opinion, la Cour d'Amiens a décidé, le 3 février 1906 (*Gaz. Trib.*, 29 mars 1906), que la convention intervenue entre un médecin

et une société industrielle pour laquelle celui-ci, moyennant une rétribution déterminée et d'autres avantages, tels que logement, voiture, s'est engagé à soigner ses ouvriers et à donner des consultations au siège de la société, constituait un louage de services. Dès lors, en cas de brusque renvoi, le médecin est fondé à réclamer, pour le préjudice qui lui a été causé, des dommages-intérêts à évaluer en tenant compte de la nature et de la durée des services, ainsi que de la difficulté de se procurer rapidement une situation équivalente.

3. — Dépôt d'objets.

Il peut arriver qu'une personne laisse un vêtement, une canne, un parapluie, un objet quelconque dans l'antichambre du médecin qu'elle est allée voir. Quelle relation juridique existe-t-il entre cette personne et le médecin ? Quelle est la responsabilité de ce dernier ?

Il paraît exact de dire qu'en principe le médecin est lié à son client par un contrat ; car, lorsqu'une personne a donné au local où elle a coutume de recevoir des visiteurs une disposition telle qu'ils sont engagés à déposer certains de leurs vêtements hors de la pièce dans laquelle ils sont reçus, elle formule par là une offre tacite de prendre ces vêtements sous sa garde, offre qui est acceptée d'une manière également tacite, par le simple dépôt des vêtements à l'endroit désigné pour les recevoir.

Le contrat qui se forme ainsi est un dépôt nécessaire. Il y a dépôt nécessaire toutes les fois que la personne, par qui des choses ont été déposées chez autrui, se trouve dans la nécessité absolue ou presque absolue d'agir ainsi : or, cette nécessité existe, comme le montre le rapprochement des articles 1949 et 1952 du Code civil, non seulement quand un cas fortuit ou de force majeure oblige à mettre des choses à l'abri des périls auxquels ils seraient exposés s'ils restaient entre les mains de leur propriétaire, mais aussi quand un voyageur arrive dans une hôtellerie avec ses bagages, qui le suivent partout où il passe ou séjourne, et encore lorsqu'un visiteur, faisant ce qu'exigent les usages et les motifs de sa visite, laisse dans l'antichambre de l'appartement où il pénètre les effets dont il n'a besoin qu'à l'extérieur.

Quelles sont les conséquences de ce dépôt nécessaire ?

L'article 1951 du Code civil décide que les dépôts nécessaires obéissent en principe aux mêmes disposition que les dépôts volontaires ; ces dispositions sont contenues dans les articles 1927 et suivants du Code civil. Dès lors, en ce qui concerne le médecin, il y a lieu d'énoncer qu'en disposant des portemanteaux dans son antichambre, il a invité en quelque sorte ses clients à y suspendre ses vêtements : l'article 1928, 1°, devient applicable. Aux termes de ce texte, lorsque le dépositaire s'est offert lui-même pour recevoir le dépôt, non seulement il doit apporter dans la garde des choses déposées les mêmes soins qu'il apporte dans la garde des choses qui lui appartiennent, mais encore ses obligations à cet égard doivent être appréciées avec plus de rigueur.

Pour échapper à la demande d'indemnité, le médecin doit, suivant l'expression juridique, s'être comporté en bon père de famille. Il faut que son antichambre n'ait pas été ouverte à tout venant, que sa porte soit restée constamment fermée, qu'un domestique ait été préposé à son ouverture et à la surveillance des effets accrochés aux portemanteaux ou placés dans les porte-parapluies. Au contraire, sa responsabilité serait engagée s'il était démontré que le premier venu pouvait s'introduire dans l'appartement et en sortir librement et sans aucun contrôle, ou encore que son domestique, par suite d'une erreur, avait remis lui-même une

pelisse à un visiteur qui s'était empressé d'endosser ce manteau et de l'emporter.

Mais l'obligation de garde qui existe ainsi à l'encontre du médecin ne peut s'appliquer qu'aux objets qu'on a coutume d'apporter avec soi et de déposer à l'entrée d'un appartement ; le médecin n'encourrait pas de responsabilité s'il s'agissait d'une valise ou d'un sac de voyage ; cependant un arrêt de la Cour de Lyon du 23 juillet 1897 (D. 97, 2, 343) a jugé en sens contraire à cet égard. (Voir sur tous ces points la note de M. Valery, sous l'arrêt de la Cour de cassation de Rome, 13 mai 1913, D. 1914, 1, 65).

4. — Saisie-arrêt.

La loi du 12 janvier 1895, relative à la saisie-arrêt sur les salaires et les petits traitements, ne s'applique pas aux honoraires provenant de l'exercice de la profession de médecin. Mais si le médecin accepte une situation comportant un traitement fixe, ce traitement ne pourra être frappé de saisie-arrêt, s'il est inférieur à 2,000 francs, que dans les limites fixées par la loi dont il s'agit ; seul, le traitement alloué est pris en considération. On n'a pas à tenir compte des éléments variables que le débiteur saisi, c'est-à-dire le médecin, peut tirer de l'exercice de sa profession auprès de ses clients.

Le médecin chargé de la constatation des décès et autres services municipaux d'une ville, nommé par le maire, le médecin d'un bureau de bienfaisance, nommé également par le maire, et recevant un traitement annuel, est un employé au sens de la loi du 12 janvier 1895 ; dès lors, si son traitement est inférieur à 2,000 francs, les conditions de la saisie-arrêt sont fixées par cette loi (Trib. Lille, 8 juin 1896, D. 97, 2, 356, et Trib. Narbonne, 26 mai 1897, D. 97, 2, 356).

Il a été décidé, d'un autre côté, que le médecin de l'assistance médicale gratuite, bien que rétribué sur le budget départemental, n'est pas considéré comme un employé salarié du département ; aussi la loi de 1895 n'est-elle pas applicable en cas de saisie-arrêt pratiquée sur ses allocations (Trib. civ. Yvetot, 4 novembre 1904, *Rec. Gaz. Trib.* 1905, 2, 37).

5. — Cas de force majeure.

L'article 64 du code pénal dispose qu'il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister, en un mot lorsqu'il se trouve en présence d'un cas de force majeure.

La jurisprudence a eu l'occasion de faire application de ce texte au médecin dans diverses circonstances, notamment les suivantes :

1° Il n'y a pas de contravention pour excès de vitesse, lorsqu'un médecin, voyageant en automobile, se rend d'urgence auprès d'un malade dont l'état est très grave. (Jug. trib. simpl. pol. de Marsanne (Drôme), 17 mars 1910, *Gaz. Trib.* 18-19 avril 1910, et D. 1910, 5, 29).

2° Le délit d'exercice illégal de la médecine n'est pas punissable lorsque les soins n'ont été donnés à des malades ou à des blessés qu'en cas de nécessité (Cass., 2 mai 1878, D. 78, 1, 336; Paris, 7 février 1880, D. 81, 2, 192).

6. — Diffamations. — Injures.

Les médecins des hôpitaux sont de simples agents de la commission administrative qui les nomme ; en conséquence, ils ne détiennent aucune portion de la puissance publique et ne peuvent, dès lors, être considérés comme des citoyens chargés d'un service ou d'un mandat public dans les termes de la loi du 29 juillet 1881. La juridiction correctionnelle a, par suite, seule compétence pour con-

naître des diffamations commises envers eux. (Cass. crim., 27 mars 1897. *Le Droit*, 2 juin 1897.)

7. — Impôts.

Patente. — Le médecin qui exerce sa profession est imposable à la patente. La jurisprudence décide que la patente est due par le médecin, bien qu'il soit attaché à une compagnie ou à une administration et qu'il n'ait pas de clientèle personnelle (Cons. État, 24 juin 1907. D. 1908, 3, 125). Mais un médecin n'exerce sa profession que s'il donne des soins aux malades en vue de leur guérison : si les fonctions du médecin consistent uniquement à examiner soit dans le cabinet qui est mis à sa disposition au siège d'une compagnie, soit à leur domicile, les personnes victimes d'accidents et à donner à la compagnie son avis sur la nature, la gravité et les conséquences des blessures ou maladies dont elles sont atteintes, s'il ne délivre pas d'ordonnance et ne prescrit pas de traitement, s'il touche un traitement fixe, le médecin ne saurait être regardé comme se livrant à l'exercice de la profession de médecin au sens de la loi du 15 juillet 1880. Il a droit en conséquence à l'exemption établie par l'article 17 de cette loi, en faveur des commis et personnes travaillant à gages. (Cons. État, 19 janvier 1912. D. 1914, 3, 23.)

Le Conseil d'État a décidé, le 2 mars 1895 (S. 97, 3, 59), que le médecin qui, bien que résidant pendant la saison des eaux dans une station thermale, a sa résidence habituelle et principale dans une autre commune, doit être soumis au droit proportionnel de patente non seulement dans la première commune mais aussi dans la seconde, alors même qu'il n'y exerce pas sa profession. Et le médecin qui possède un établissement consacré en partie à une clinique, en partie à une maison de santé, doit être imposé : *a*) en qualité de médecin au droit proportionnel calculé au taux du douzième d'après la valeur locative de la partie des locaux destinés à la clinique ; *b*) comme tenant une maison de santé au droit fixe et au droit proportionnel du cinquantième d'après la valeur locative des locaux destinés à ladite maison de santé. (Cons. Etat, 10 mars 1899, S. 1901,3,100).

Impôt mobilier. — Les locaux professionnels ne sont pas imposables à la contribution mobilière, s'ils sont distincts et séparés de l'habitation personnelle du contribuable (Cons. d'Etat, 9 décembre 1898. S. 1901, 3, 48). L'écurie et la remise où sont logés des chevaux et voitures dont un médecin ne se sert que pour l'exercice de sa profession constituent des locaux professionnels, lorsqu'elles sont situées à une certaine distance de son habitation et sont employées uniquement à l'exercice de sa profession. (Cons. d'État, 7 mai 1906. S. 1908, 3, 113).

Contribution sur les bénéfices de guerre. — *a*) La loi du 1er juillet 1916, qui concerne l'établissement d'une contribution extraordinaire sur les bénéfices exceptionnels ou supplémentaires réalisés pendant la guerrs, vise dans son article 1er, § 4, la classe d'assujettis suivante : « les sociétés et les personnes passibles de la contribution des patentes dont les bénéfices ont été en excédent sur le bénéfice normal ».

Il semble résulter des travaux préparatoires de la loi que tous les patentés ne sont pas atteints par la taxe. Ceux que le législateur a voulu atteindre sont les personnes ou sociétés qui ont réalisé des bénéfices exceptionnels à l'aide d'opérations commerciales, les seules, pour ainsi dire, qui aient permis de s'enrichir pendant la guerre et surtout à l'occasion de la guerre; évidemment, certains ont pu voir augmenter leurs revenus sans faire d'actes de commerce, mais, ainsi qu'on l'a dit à la Chambre des députés, ils sont très peu nombreux, et il eût été véritablement excessif d'obliger l'administration des contributions directes à

étendre ses investigations à tous les contribuables pour arriver, en définitive, à ne percevoir l'impôt que sur la catégorie visée. Ce point de vue avait été repris au Sénat.

Aussi des auteurs, MM. Houpin et Maguéro (*La contribution sur les bénéfices de guerre* n° 20), ont-ils émis l'avis que le médecin qui, par suite de la mobilisation de la plupart de ses confrères, a vu ses bénéfices s'accroître pendant la guerre, ne devait pas être atteint par la taxe.

Mais la Commission supérieure, prévue à l'article 11 de la loi du 1er juillet 1916, a décidé, le 26 octobre 1917, que, l'article 1er de la loi frappant de la contribution sur les bénéfices de guerre les personnes passibles de l'impôt des patentes, un médecin s'y trouve assujetti, s'il a réalisé des bénéfices supplémentaires depuis le 1er août 1914 (Revue *La contribution sur les bénéfices de guerre*, 1918, p. 541.)

« Considérant, dit cette décision, qu'aux termes de l'article premier, § 4, de la loi du 1er juillet 1916, la contribution extraordinaire sur les bénéfices exceptionnels ou supplémentaires réalisés depuis le 1er août 1914 jusqu'à l'expiration du douzième mois qui suivra celui de la cessation des hostilités est due notamment par les sociétés et les personnes passibles de la contribution des patentes dont les bénéfices ont été en excédent du bénéfice normal :

« Considérant que la profession de médecin exercée par le sieur X... figure au tableau D, annexé à la loi du 15 juillet 1880; qu'ainsi ledit sieur X... était, à raison de ladite profession, passible de la contribution des patentes ; que dans ces conditions les dispositions du paragraphe 4 de l'article 1er ci-dessus visé de la loi du 1er juillet 1916 ne prévoyant aucune distinction entre les patentables, c'est à bon droit que la Commission du premier degré a soumis à la contribution sur les bénéfices de guerre la part des bénéfices du sieur X... excédant son bénéfice normal... »

Cette décision prend à la lettre le texte de la loi.

b) En raison de l'application de la loi de 1916 aux médecins, il convient de donner sur celle-ci quelques renseignements indispensables.

Aux termes de l'article 5, le patenté doit produire, dans les deux mois qui suivent le soixantième jour après la promulgation de la loi, la déclaration du bénéfice supplémentaire par lui réalisé, pendant la période s'étendant du 1er août 1914 au 31 décembre 1915. La même déclaration est faite pour les années suivantes, dans les trois mois qui suivent le 31 décembre de chaque année.

A cet égard, il faut observer que la contribution n'est due que pour un temps limité, s'étendant du 1er janvier 1914 jusqu'à l'expiration du douzième mois suivant celui de la cessation des hostilités (art. 1er, § 1). La date de la cessation des hostilités est le 24 octobre 1919.

Le bénéfice imposé est celui qui est réalisé, en sus du bénéfice normal, pendant la période d'imposition.

La déclaration doit donc comporter :

1° Le bénéfice net réalisé pendant la période à laquelle se rapporte l'imposition ;

2° Le montant du bénéfice normal ;

3° L'excédent constituant le bénéfice supplémentaire.

Le bénéfice normal annuel est constitué, d'après la loi, par la moyenne des bénéfices nets réalisés pendant les trois années antérieures au 1er août 1914 ou pendant la durée de la période d'exercice antérieure au 1er août 1914, si cette période ne comprend pas trois années.

Aux termes de l'article 5 dont il s'agit, si le patenté ne veut ou ne peut fournir les éléments nécessaires à la détermination du bénéfice normal, il doit évaluer

celui-ci à une somme égale à trente fois le principal de la patente, sans que cette somme puisse être inférieure, ni à 5,000 francs, ni à 6 °/₀ des capitaux réellement engagés dans les entreprises.

Les déclarations sont rédigées sur ou d'après des formules déposées dans les mairies, dûment certifiées par les déclarants et adressées au directeur des contributions directes du département où se trouve située la commune du principal établissement du contribuable. Elles peuvent être produites par mandataire. Il en est délivré récépissé (art. 6, § 4) ; ce récépissé indique la date où la déclaration est parvenue au directeur et établit par là si celle-ci a été passée dans le délai légal.

Il est prudent d'adresser sa déclaration par pli recommandé.

Lorsque le bénéfice net réalisé pendant la période à laquelle se rapporte l'imposition n'excédera pas le montant du bénéfice normal, le contribuable a la faculté de faire une déclaration simplement négative (art. 6). Il n'est pas astreint, par conséquent, à la déclaration ; son abstention fait présumer qu'il ne tombe pas sous l'application de la loi, sauf à l'administration des contributions à faire la preuve du contraire.

Les déclarations sont soumises, aux termes de l'article 7, à l'examen d'une commission siégeant au chef-lieu de chaque département. La commission examine les déclarations ; elle peut entendre les intéressés et se faire communiquer par eux, ainsi que par les administrations de l'État, des départements et des communes, tous documents nécessaires pour établir les bases d'imposition (art. 8, § 1).

Si la commission n'accepte pas la déclaration, le contribuable est invité, par lettre recommandée, indiquant les points contestés, à se faire entendre dans le délai d'un mois (art. 8, § 3) ; il peut faire parvenir à la commission, dans ce délai, par lettre recommandée, son acceptation ou ses observations (art. 8, § 4).

Ces formalités remplies, la commission fixe les bases de la contribution. L'intéressé peut, dans le délai d'un mois à partir du jour où il a reçu notification de la décision motivée de la commission, avertir l'administration qu'il maintient sa déclaration. Le litige est alors porté devant la commission supérieure (art. 8, § 5).

Le délai pour se pourvoir devant la commission est d'un mois.

L'article 11 de la loi organise la juridiction chargée de statuer sur les litiges qui s'élèvent entre l'administration et les contribuables au sujet de l'exigibilité et de la quotité de l'impôt. C'est la commission supérieure ; elle statue sur mémoires. Ses décisions, qui doivent être motivées, sont rendues définitivement et en dernier ressort ; elles ne peuvent être attaquées que pour excès de pouvoir ou violation de la loi devant le Conseil d'État.

c) Lorsque l'assujetti n'a pas produit sa déclaration dans le délai légal, il est mis en demeure de le faire, et un avis administratif lui est adressé à cet effet. Si, après un nouveau délai d'un mois écoulé depuis la réception de cet avis, il n'a pas encore fourni sa déclaration, il est taxé d'office (art. 9, § 1).

S'il ne se croit pas imposable, il peut répondre à la mise en demeure par une déclaration négative (art. 9, § 2).

Cette déclaration est facultative et celui qui ne la fait pas n'encourt aucune pénalité dès lors qu'il n'a réalisé aucun bénéfice supplémentaire imposable, puisque la pénalité en cas de défaut de déclaration est de 10 °/₀ du droit simple ; si aucun droit n'est dû, aucune pénalité ne peut l'être.

Si, au contraire, la personne a réalisé un bénéfice supplémentaire, le fait d'avoir souscrit une déclaration négative la met dans une situation plus mauvaise, puisqu'elle est passible en ce cas d'une surtaxe de moitié pour insuffisance (art. 13),

tandis que la pénalité qu'elle encourt si elle n'a passé aucune déclaration n'est que du dixième (art. 14). (Voir Houpin et Maguero, *op. cit.*, n° 89.)

L'article 12 de la loi qui fixe l'impôt pour les bénéfices supplémentaires a été modifié par la loi du 31 décembre 1917.

L'article 4 de cette loi dispose que le taux applicable pour le calcul de la contribution extraordinaire sur les bénéfices exceptionnels ou supplémentaires réalisés pendant la guerre est fixé comme suit, en ce qui concerne les bénéfices obtenus à partir du 1er janvier 1917 : 50 % sur la fraction des bénéfices imposables inférieurs à 100,000 francs ; 60 % sur la fraction comprise entre 100,000 et 250,000 francs ; 70 % sur la fraction comprise entre 250,000 et 500,000 francs ; 80 % sur la fraction supérieure à 500,000 francs. L'article 12 de la loi de 1916 appliquait, pour les patentés, le taux de 50 % à la portion du bénéfice excédant 5,000 francs.

TITRE III

Responsabilité civile et pénale des médecins.

Comme la loi du 19 ventôse de l'an XI, la loi du 30 novembre 1892 est muette sur la responsabilité des médecins et des chirurgiens. Le législateur a fixé les épreuves auxquelles était soumise l'obtention du titre de docteur ; mais il n'a pas indiqué les limites dans lesquelles pouvait s'exercer l'art de la médecine : le médecin qui a obtenu son diplôme est légalement présumé posséder une capacité suffisante.

On ne saurait cependant conclure de ce silence que les médecins et les chirurgiens sont irresponsables. Évidemment, la science médicale passe, dans ses évolutions, par une série de tâtonnements au milieu desquels se produisent des méprises et des mécomptes. La responsabilité du médecin ne saurait par suite avoir un caractère absolu, car si l'on voulait appliquer strictement le principe de la responsabilité professionnelle, on mettrait obstacle à l'esprit investigateur et scientifique des médecins pour le grand dommage de la santé humaine. Mais l'audace doit avoir des bornes, les expériences doivent subir des limites, l'impéritie ne peut être laissée sans sanction, en raison même de la présomption de capacité qui existe au profit de celui qui a le titre de docteur. Dès l'instant que toutes les professions, toutes les fonctions soumettent certaines limites, ceux qui les exercent à une responsabilité, on ne saurait concevoir par quel privilège les médecins et les chirurgiens pourraient être exempts de cette responsabilité et bénéficier de l'irresponsabilité dans les applications de leur pratique médicale, par cela seul qu'ayant subi les épreuves réglementaires ils ont obtenu un diplôme.

Aussi en présence du silence de la loi est-ce aux principes généraux que l'on recourt pour établir le fondement de la responsabilité des médecins et des chirurgiens.

La responsabilité civile découle des articles 1382 et 1383 du Code civil. Aux termes du premier de ces textes, « tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer » ; et aux termes du second, « chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence ».

La responsabilité pénale a sa source dans les articles 319 et 320 du Code pénal. L'article 319 déclare que « quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, aura commis involontairement un

homicide, ou en aura été involontairement la cause, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans, et d'une amende de 50 à 600 francs » ; et l'article 320 que « s'il n'est résulté du défaut d'adresse ou de précaution que des blessures ou coups, le coupable sera puni de six jours à deux mois d'emprisonnement et d'une amende de 16 à 100 francs ou de l'une de ces deux peines seulement ».

Les tribunaux doivent, dans l'application de ces textes, se montrer très prudents sous peine d'encourir le risque d'entraver l'initiative privée et de paralyser les progrès de la science en mettant en péril la santé humaine, au lieu de la sauvegarder. Ce n'est qu'en cas de négligence caractérisée, d'impéritie grave ou de faute grossière qu'ils doivent se décider à frapper le médecin (Sourdat, *Traité de la responsabilité*, t. I, nos 676 et suivants ; Demolombe, *Traité des contrats et des obligations*, t. VIII, nos 359 et suivants ; Aubry et Rau, t. IV, p. 756, § 446. — Trib. corr. Seine, 20 juillet 1907, S. 1910, 2, 153; Paris, 10 janvier 1912, *Rec. Gaz. Trib.* 1912, 2, 54, et 16 janvier 1913. D. 1913, 2, 237 ; Besançon, 16 octobre 1912. D. 1914, 2, 88).

En dehors d'une faute de cette nature, le médecin n'encourt pas de responsabilité. Les tribunaux n'ont pas à intervenir dès qu'il s'agit de l'application de méthodes sérieuses qui appartiennent au domaine de la science et de l'enseignement.

Le procureur général Dupin, à propos d'une affaire qui a donné lieu à un arrêt de la Cour de cassation du 18 juin 1835 (S. 35, 1, 401) s'exprimait ainsi : « Dans les questions de ce genre, il ne s'agit pas de savoir si tel traitement a été ordonné à propos ou mal à propos, s'il devait avoir des effets salutaires ou nuisibles, si un autre n'aurait pas été préférable, si telle opération était ou non indispensable, s'il y a eu imprudence ou non à la hasarder, adresse ou malhabileté à l'exécuter, si avec tel ou tel instrument, d'après tel ou tel procédé, elle n'aurait pas mieux réussi ; ce sont là des questions scientifiques à débattre entre docteurs et qui ne peuvent pas constituer des cas de responsabilité civile, ni tomber sous l'examen des tribunaux..... Mais, lorsque les faits reprochés aux médecins sortent de la classe de ceux qui, par leur nature, sont exclusivement réservés aux doutes et aux discussions de la science, du moment qu'ils se compliquent de négligence, de légèreté ou d'ignorance des choses qu'on devrait nécessairement savoir, la responsabilité de droit commun est encourue et la compétence de la justice est ouverte. »

Qu'un médecin ou un chirurgien, dit Trébuchet (*Jurisprudence de la Médecine*, pp. 212 et suiv.), soit en état d'ivresse au moment où il pratique une opération, qu'il commette dans la rédaction d'une ordonnance une erreur matérielle préjudiciable au malade, qu'il abandonne volontairement le malade au milieu d'une opération difficile, périlleuse, et sans vouloir en soigner les suites, que sans motifs tirés de l'état du malade et sans prévenir la famille, il substitue au traitement prescrit par une consultation un autre traitement à la suite duquel des accidents graves se produisent ou même la mort ; qu'il adresse avec insistance un malade, pour la délivrance d'une prescription médicale, à un individu non reçu pharmacien et tenant indûment officine, qu'il donne lui-même des remèdes de sa composition à ses malades en contravention aux lois et règlements. Dans ces divers cas, les tribunaux pourront constater une faute grave, une imprudence, et dès lors appliquer le principe de la responsabilité. (Voir également à ce sujet Morin, *Répertoire de droit civil*, V° *Art de guérir*, n° 4.)

Tels sont les principes qui sont observés pour apprécier la responsabilité des

médecins et des chirurgiens. Nous allons voir les applications. Ce qu'on vient de dire au sujet des médecins et des chirurgiens s'applique, d'une part, aux internes des hôpitaux qui, aux termes de l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892, sont autorisés à exercer temporairement la médecine (Cour de Paris, 8 mars 1905, *Rec. Gaz. Trib.* 1905, 2, 443), et d'autre part aux sages-femmes. Pour les uns et les autres, la responsabilité est régie par les principes du droit commun, définis par les articles 1382 et 1383 du Code civil et par les articles 319 et 320 du Code pénal.

Il convient de remarquer qu'au point de vue de la responsabilité civile des conséquences dommageables d'une faute commise par eux, les médecins et chirurgiens des hôpitaux nommés, aux termes de l'article 6 de la loi de 1849, au concours et sous l'approbation du ministre de l'intérieur, ne sont pas les préposés de l'admistration de l'assistance publique. Celle-ci ne peut être, à titre de commettant, responsable de leurs actes, notamment en raison d'une opération chirurgicale et du décès du malade, survenu à la suite de l'emploi du chloroforme. (Tri. civ. Seine., 27 décembre 1894, *Gaz. Trib.*, 28 décembre 1894.) Dans le même ordre d'idées, il a été décidé qu'un professeur de clinique chirurgicale dans un hospice ne peut, au sens de l'article 1384 C. civ., être considéré comme le préposé de l'administration des hospices. (Cour de Bordeaux, 6 février 1900, *Rec. Gaz. des Trib.*, 1900, 2, 259.)

1. — *Responsabilité civile.*

Il résulte des dispositions contenues dans les articles 1382 et 1383 du Code civil, que nous venons de faire connaître, que, pour qu'il y ait responsabilité civile, il faut deux éléments essentiels : en premier lieu, une faute de la part de celui sur lequel on prétend la faire retomber, et, en second lieu, un dommage occasionné par cette faute.

La faute s'accuse par une maladresse évidente et grossière, une ignorance complète des choses que tout praticien doit savoir, par des faits palpables et évidents constituant en soi l'oubli des règles générales de bon sens et de prudence qui sont hors de discussion. (Cour de Paris, 16 janvier 1913 précité.)

a) *Erreurs professionnelles.*

Les tribunaux ne donnent pas de consultations médicales; ils doivent s'en rapporter à la conscience et au savoir du médecin. Et même, dans le doute, ils sont dans la nécessité de recourir à une expertise, car leurs propres lumières seraient insuffisantes pour statuer en toute justice, puisqu'ils n'ont pas fait les études médicales nécessaires.

Mais comment apprécier cette conscience et ce savoir du médecin ? Un arrêt de la Cour de Liége du 30 juillet 1890 (D. 91, 2, 281) répond à cette question : le médecin se doit aux malades tel qu'il est, c'est-à-dire sous ses conditions relatives d'aptitude naturelle, d'études et d'expériences. Il déclare :

« Il n'appartient pas aux tribunaux d'intervenir dans les rapports de confiance qui se sont établis régulièrement entre le malade et l'homme de l'art; les questions de diagnostic ou de préférence à donner à tel ou tel traitement médical ou chirurgical leur sont absolument étrangères, et ils ne pourraient, au reste, les juger après coup sans de sérieux inconvénients : la responsabilité civile d'événements malheureux qui ont trahi l'effort de l'homme de l'art ne saurait, en aucun cas, être admise à sa charge sans entraver son initiative dans les circonstances

les plus graves. » Et l'arrêt ajoute que « l'homme de l'art ne se doit aux malades qui l'ont choisi que tel qu'il est, sous les conditions relatives d'aptitude naturelle, d'études et d'expériences sous lesquelles il s'est formé; il ne peut dès lors encourir d'autre responsabilité civile que celle qui procède de négligence ou de mauvais vouloir, c'est-à-dire d'une faute ordinaire en laquelle se serait traduit l'oubli de son devoir professionnel ».

On ne saurait faire grief à un médecin de s'être trompé dans un diagnostic et de s'être refusé à pratiquer une opération chirurgicale dont les résultats sont toujours problématiques, surtout lorsque le diagnostic est des plus difficiles et que l'opération repoussée par le médecin traitant, très dangereuse, a trop souvent pour résultat la mort immédiate du sujet et est proscrite par les praticiens les plus distingués (Trib. civ. Le Havre, 5 décembre 1889, D. 91, 2, 281); ni dans le cas où l'état pathologique d'un malade est dû à une autre cause que celle à laquelle le médecin s'est arrêté, en admettant même qu'il ait manqué de pénétration dans le diagnostic et prolongé un traitement auquel un homme de l'art plus expérimenté n'aurait pas eu recours ou l'aurait modifié ou même supprimé, car il s'agit d'une appréciation médicale ou d'une méthode à appliquer toujours sujette à discussion, même appliquée de bonne foi. (Trib. civ. Douai, 26 juin 1914.) On ne saurait non plus faire de reproche à un accoucheur qui, en recourant à la craniotomie, après avoir tenté sans succès plusieurs applications du forceps, n'a fait que se conformer aux indications que comportait la situation en observant sur ce point toutes les règles de l'art. (Paris, 4 mars 1898, D. 98, 2, 449.)

La mort causée par l'action du chloroforme ne fait encourir aucune responsabilité au médecin, lorsque l'emploi du chloroforme a eu lieu avec toutes les précautions prescrites en pareil cas, et que l'accident arrivé était hors des prévisions de la science, bien qu'il se produise quelquefois. (Paris, 30 juin 1853, Répertoire Dalloz, V° *Responsabilité*, n° 130.)

Il ne faut pas se dissimuler que l'appréciation est très délicate et que, pour une même espèce, des décisions peuvent être rendues en sens opposé. C'est ainsi que dans le cas d'une mort causée par l'absorption du chloroforme, le tribunal de première instance a admis la responsabilité fondée sur les articles 1382 et 1383 C. civ., tandis que la Cour a repoussé cette responsabilité. Le malade mourut au cours d'une anesthésie par le chloroforme; et, sur l'action en responsabilité intentée contre le médecin opérateur par les héritiers, le Tribunal condamna ce dernier à des dommages-intérêts en raison de son imprudence ou de sa négligence. Elle provenait, suivant lui, de deux circonstances : 1° le malade était teinté d'alcoolisme et sujet à des syncopes qui rendaient la chloroformisation particulièrement dangereuse; 2° il était atteint d'une infirmité qui ne mettait pas sa vie en danger. Les premiers juges reprochaient en outre au médecin de ne pas avoir prévenu le malade des dangers médiats ou immédiats auxquels l'exposait l'anesthesie.

En ce qui concerne le dernier point, sur lequel on reviendra plus loin, la Cour d'Amiens, devant laquelle venait le procès, a déclaré que le patient était, d'après certains faits, au courant des dangers dont il s'agissait. Et, en ce qui concerne les deux autres, elle a considéré sur le premier, tout d'abord, « alcoolisme et syncope », après avoir constaté que l'opérateur avait pris toutes les précautions nécessaires pour l'administration du chloroforme, « que tous les médecins sont unanimes pour affirmer que l'alcoolisme n'est pas une contre-indication à l'emploi du chloroforme; qu'il est constant que dans les hôpitaux de Paris, on chloroformise fréquemment des ouvriers blessés, alors qu'ils sont en état d'ivresse,

afin de pouvoir procéder sans retard à l'opération nécessaire; — que les deux syncopes, plus ou moins complètes que X... avait éprouvées sous l'influence de la douleur provoquée par les mouvements du bras, ne prouvaient nullement qu'il fût prédisposé à une syncope, lorsque l'abolition de la douleur aurait été obtenue par l'anesthésie ».

Sur le second point, la Cour a déclaré « qu'il n'était pas sérieux de prétendre que l'on ne devrait recourir à l'emploi des anesthésiques que lorsque la vie du patient était en danger, qu'une telle limitation priverait les blessés et les malades atteints d'affections graves, nécessitant l'intervention du chirurgien, du soulagement que leur procure l'anesthésie; que la chloroformisation diminue plutôt qu'elle n'augmente les dangers résultant des opérations; que les souffrances, souvent intolérables, que les opérations occasionnent, amèneraient certainement des syncopes mortelles plus fréquentes que l'anesthésie. » (Cour d'Amiens, 14 février 1906, D. 1907, 2, 44.)

Nous aurons à indiquer ultérieurement, en principe, comment la jurisprudence apprécie la responsabilité du médecin qui fait application aux malades de la médecine radiographique.

En un mot, dès que la question soumise est relative à l'examen de théories ou de méthodes médicales ou à la discussion de questions de pure science, les juges doivent s'abstenir et déclarer qu'il n'y a pas de responsabilité à la charge du médecin.

b) *Fautes lourdes.*

De nombreuses décisions de justice ont rendu des médecins responsables de faits qui sortaient de la classe de ceux qui, par leur nature, sont exclusivement réservés aux doutes et aux discussions de la science.

Ce sont les circonstances variables à l'infini qui permettent de fixer la responsabilité du médecin ou du chirurgien. Le juge apprécie; mais généralement il s'en remet, pour se former une opinion sur les faits considérés comme fautes lourdes, à l'avis d'experts versés dans la science médicale, qu'il charge de rechercher si le médecin, contre lequel une action est intentée, s'est écarté des règles de bon sens et de prudence auxquelles est soumise la profession médicale. (Douai, 15 avril 1897, S. 98, 2, 78; Paris, 4 mars 1898, *Gaz. Pal.* 98, 1, 328.)

Un médecin peut être déclaré responsable de la perte d'un membre fracturé sur lequel il a opéré, si l'accident a eu pour cause la gangrène produite dans ce membre par une trop forte constriction exercée sans méthode et sans discernement, et accompagnée d'un traitement contraire à toutes les règles de l'art et de la science. (Cass., 21 juillet 1862, D. 62, 1, 419.)

Le médecin qui, malgré les vives souffrances accusées par le malade, maintient pendant trente-six heures, et sans l'enlever, le bandage destiné à réduire une luxation du bras, peut être rendu responsable du dommage causé par la perte du bras, auquel la gangrène s'est communiquée, par suite du maintien prolongé de l'appareil, alors que cet appareil pouvait être enlevé sans inconvénient, et que la persistance des douleurs eût dû appeler l'attention du médecin. (Nîmes, 26 février 1884, D. 84, 2, 176.) La responsabilité du médecin existerait également dans le cas où, ayant fait une blessure à un malade lors d'une saignée, il refuse de lui continuer ses soins et l'abandonne ainsi volontairement; sa responsabilité peut résulter de ce fait que l'amputation du bras a été nécessitée par la blessure. (Cass., 18 juin 1835 précité.)

Un chirurgien qui, en pratiquant une opération de l'appendicite, a, par l'usage du thermocautère, occasionné des brûlures à l'opéré, doit être, par application de l'article 1383 du Code civil, déclaré responsable civilement de leurs conséquences, s'il est constaté qu'il n'a pas pris toutes les mesures nécessaires de prudence et a commis une négligence étrangère à toute question d'ordre scientifique. (Tr. civ. Seine, 29 octobre 1912, *la Loi* 3 décembre 1912.)

Le médecin qui prescrit un remède toxique de sa nature ou susceptible de le devenir en raison de la sensibilité particulière du malade est répréhensible, s'il n'a pas soin d'entourer ses prescriptions de recommandations spéciales de nature à éveiller l'attention du malade et des personnes qui le soignent, sur le mode d'administration du remède et la nécessité d'en surveiller les effets. (Cour de Lyon, 7 décembre 1893, D. 95, 2, 199.)

L'emploi de traitements dangereux est particulièrement délicat au point de vue de la responsabilité : il en est ainsi de la médication radiographique. Quelles sont les directives en cette matière ? Le tribunal de la Seine a eu plusieurs fois à s'en occuper. Il a jugé que des applications trop multiples ou trop prolongées des rayons X peuvent constituer une faute opératoire engageant la responsabilité du médecin, si elles ont des conséquences dommageables pour le malade (jug[t] 29 mars 1899, *Gaz. Pal.* 1899, 1, 668); que, pour l'application des rayons X, l'emploi d'appareils en mauvais état et la prolongation exagérée des poses engagent la responsabilité du médecin, alors surtout que ce dernier a agi non comme médecin, mais comme un industriel d'un ordre particulier, responsable de tout fait causant à autrui un préjudice. (Jug[t] 8 mars 1901, *le Droit*, 21 mars 1901.) Dans un cas analogue, la Cour d'Aix (arrêt du 22 octobre 1906, D. 1907, 2, 41) a reconnu la responsabilité de l'expérimentateur qui ne se doutait pas de la puissance nocive des rayons X et avait oublié toutes mesures de prudence, soit en multipliant ses séances, soit en prolongeant la durée des poses, soit en substituant une ampoule molle à une ampoule dure, substitution à laquelle étaient attribuées, suivant l'expert commis par la justice, les diverses infirmités temporaires ou permanentes qui avaient finalement réduit au quart la puissance de travail restant au patient; avec cette circonstance que tout cela avait été fait sans prévenir ce dernier ou les siens des suites possibles de l'application des rayons Rœntgen, et alors qu'il n'était pas nécessaire de recourir à la radiographie. (Voir également Cour de Paris, 22 janvier 1913, *Gaz. Pal.*, 24 février 1913, où il s'agit d'une simple imperfection physique à faire disparaître ou à dissiper.)

Ces décisions ont établi la responsabilité du médecin en matière de médecine radiographique, quand il y avait faute; il ne s'agissait pas d'examiner si la radiographie était imposée ou non comme méthode curative, si l'homme de l'art avait eu tort ou non d'y recourir. Si la question s'était réduite à cet examen, le juge se serait abstenu, car il se serait immiscé dans l'étude de théories ou de méthodes médicales. On peut dire, comme la Cour d'Aix dans l'arrêt précité, que, si l'on doit admettre qu'un praticien ne saurait être déclaré responsable des accidents qui peuvent résulter de l'application des rayons X, soit comme moyen thérapeutique, soit comme moyen d'investigation, c'est aux conditions suivantes : que l'opération soit nécessaire ou jugée telle par qui de droit ; que le sujet ou les personnes ayant qualité pour lui aient connaissance des risques et consentent à ce que l'opération soit tentée; que ces précautions préliminaires et élémentaires soient toujours prises et doivent l'être chaque fois qu'il est constant et reconnu qu'il y a des risques à courir et un danger possible. Si ces conditions ne sont pas observées, la responsabilité du médecin est en jeu.

c) *Défaut d'avertissement ou de consentement à l'opération.*

Pour pratiquer légitimement une opération et n'encourir aucune responsabilité, le médecin doit prévenir le malade ou la personne sous l'autorité de laquelle celui-ci se trouve placé et obtenir le consentement de l'un ou de l'autre, en indiquant l'aléa de l'opération. (Voir trib. civil Liége, 27 novembre 1889, D. 91, 2, 281.) C'est la première condition que l'homme de l'art doit remplir avant d'opérer. « Il fera part au malade, dit M. Hamonic (De la responsabilité civile ou pénale que peuvent encourir les chirurgiens, *Gaz. hebd. de médecine et de chirurgie,* du 5 janvier 1896), et surtout à son entourage, qui, plus que le patient affolé par la douleur, comprendra la situation, de la nécessité de l'intervention, seule capable d'amener un résultat que ne peut donner la thérapeutique médicale. Il obtiendra leur assentiment, après avoir démontré les chances que court le futur opéré. »

Ceci conduit à dire que le médecin ou le chirurgien ne peut pas prendre son malade comme sujet d'expérience. Celui qui tente sur un malade, à l'insu de celui-ci, venant chez lui pour se faire soigner et non pour faire progresser la science, des expériences plus ou moins aléatoires, engage sa responsabilité d'une façon incontestable. Et si son nom passe à la postérité pour quelque découverte humanitaire, il n'en sera pas moins responsable devant la justice civile vis-à-vis du client qu'il n'aura pas prévenu, dans le cas où celui-ci éprouverait un dommage. Les malades ne sont pas un champ d'expériences, à moins qu'ils ne consentent à devenir tels après qu'on leur a indiqué nettement les conséquences possibles de ce que l'on va tenter sur eux. (Voir la note sous Aix, 22 octobre 1906 précitée.) L'amour de la science ne peut être une excuse pour le médecin; décider autrement constituerait un danger sérieux et constant pour les malades. On doit conclure, à notre sens, que le fait d'expérimenter sur un malade, sans son aveu, crée la responsabilité civile et l'augmente si déjà elle était engagée par l'insuffisance et l'inhabileté de l'opérateur. (Même note précitée.)

Il convient d'ajouter qu'il ne faudrait pas croire que le consentement donné par le malade fait disparaître la responsabilité de l'homme de l'art d'une manière absolue. En dehors d'une volonté extrêmement nette, extrêmement précise, montrant chez le malade la volonté d'accepter tous les aléas de l'opération, le médecin ou le chirurgien peut se voir l'objet d'une action en dommages-intérêts, exercée par le patient, s'il subit un préjudice. Car, d'une part, le malade ne peut être censé consentir à toutes les opérations que l'homme de l'art jugera à propos de faire et dont lui, malade, n'a aucune idée (jug[t] trib. civil Liége, 27 novembre 1889 précité); et d'autre part, le consentement a une valeur, s'il est la constatation ou l'aveu de l'utilité ou de l'urgence de l'opération ou de l'expérience. Dépouillé de ce caractère, il ne saurait à lui seul justifier des expériences telles que des « pratiques de vivisection ». (Cour d'appel de Lyon, 27 juin 1913, D. 1914, 2, 78.)

La preuve du consentement donné est à la charge du médecin ou du chirurgien. Et cette preuve ne peut résulter du seul fait que le malade a réclamé les conseils et les soins du praticien, et spécialement du fait qu'il a demandé son admission à l'hôpital ; car, comme on vient de le dire, on ne peut le considérer comme ayant consenti par avance à toutes opérations. (Jug[t] trib. Liége, 27 novembre 1889 précité.)

Si le médecin pratiquait une opération, contrairement à la volonté du malade ou de ceux qui ont autorité pour lui, il s'exposerait à une action civile, et non à une action pénale. Le fait d'opérer ainsi ne rentrerait pas dans le cas de mala-

dresse ou d'imprudence prévus par l'article 319 du Code pénal. (Arrêt de la Cour d'Alger du 17 mars 1894, D. 95, 2, 69.)

d) *Refus de se rendre à l'appel d'un particulier.*

Quelle est la situation d'un médecin qui refuse de se rendre à l'appel d'un particulier ?

L'article 23 de la loi du 30 novembre 1892, qui oblige tout docteur ou médecin de déférer aux réquisitions de la justice sous les peines portées en l'article 23, ne saurait trouver son application au cas envisagé. Aucun texte légal n'oblige le médecin de prêter son concours aux personnes qui le demandent. (Trib. civil Châteauroux, 1er août 1908; *la Loi* 19 novembre 1908). Cependant le médecin qui, après avoir promis de se rendre après d'un malade, manque à sa promesse, peut, après la mort de celui-ci, encourir une responsabilité civile génératrice de dommages-intérêts. Mais pour qu'il en soit ainsi, il faut établir que : 1° c'est volontairement que le médecin ne s'est pas rendu auprès du malade; 2° ses soins auraient certainement sauvé le malade; 3° s'il n'avait pas promis de venir, on aurait pu s'adresser à un autre médecin. (Pau, 1er mai 1900, D. 1902, 2, 33.) Ces preuves seront évidemment difficiles à administrer.

e) *Voies de fait dans l'exercice des fonctions.*

Le médecin qui fait mettre de véritables entraves constituées par des chaînes de fer aux pieds d'un malade placé dans une maison de santé commet le délit de voies de fait. (Trib. corr. Bordeaux, 27 mars 1909, *Rec. Bordeaux*, 1909, 2, 42.)

f) *Dénigrement et concurrence déloyale.*

La jurisprudence a eu plusieurs fois à statuer sur des questions de ce genre Elle a considéré notamment comme constituant un acte de concurrence déloyale le fait par un médecin anciennement attaché à un établissement médical de dénigrer dans une circulaire cet établissement et la personnalité des docteurs qui le dirigent. (Trib. civ. Seine, 18 février 1901 ; *le Droit* 27 mars 1901.)

Mais ne sont pas considérés comme ayant le caractère d'actes constitutifs de concurrence déloyale des articles de journaux qui ne sont que la manifestation d'une violente polémique de presse soulevée à l'occasion d'intérêts professionnels, entre deux journaux s'adressant au même public, alors surtout que ces articles n'ont pas eu pour effet de jeter le discrédit sur l'entreprise commerciale (Paris, 28 novembre 1902, *Gaz. Trib.*, 22 mars 1903).

2. — *Responsabilité pénale.*

En matière pénale, comme en matière civile, le juge doit s'abstenir de discuter les théories médicales, et ne peut prononcer une condamnation que s'il relève à la charge du médecin une faute lourde que tout homme sensé se serait gardé de commettre.

La Cour d'Angers, dans un arrêt rendu le 1er avril 1833 (S. 33, 2, 563), a condamné un médecin en constatant un défaut de précaution de sa part : l'artère radiale avait été piquée en pratiquant une saignée, et la gangrène avait nécessité l'amputation du bras.

Dans le traitement d'une maladie nécessitant une application prolongée de glace,

s'il résulte des déclarations des hommes de l'art que, malgré certains inconvénients graves pouvant en résulter, il semble préférable de maintenir la glace jusqu'à disparition complète des phénomènes morbides que combat le médecin, on ne saurait trouver aucune faute dans cette application, si graves qu'aient pu en être les suites. Le fait de ne pas avoir interposé une flanelle entre le corps du malade et la glace ne saurait non plus constituer une faute, s'il résulte des déclarations de ces mêmes hommes de l'art que cette précaution n'est pas indispensable. On ne saurait non plus faire grief au médecin traitant de ne pas s'être servi du thermomètre pour constater la température, s'il est constant qu'il pouvait être renseigné tout aussi bien par l'observation d'autres phénomènes et si, des circonstances de fait, il résulte que le médecin a bien fait ces constatations (Trib. corr. Seine, 20 juillet 1907, *la Loi*, 554).

Dans un cas où le malade, atteint de névralgie faciale, avait été traité par l'aconitine, le tribunal correctionnel de Saint-Étienne, par jugement du 5 février 1892 (D. 95, 2, 199), a jugé que le médecin n'était pas pénalement responsable de la mort du malade résultant de l'absorption par celui-ci, à des intervalles trop rapprochés, des doses du remède toxique, alors que le malade était d'une susceptibilité exceptionnelle qu'on ne pouvait prévoir, que des médications énergiques avaient auparavant échoué, que l'aconitine délivrée par le pharmacien était, à l'insu du docteur, plus toxique que l'aconitine officinale, et que le médecin avait recommandé de surveiller les effets du remède et interdit une seconde dose si la première occasionnait un malaise.

L'expérimentation d'une méthode curative nouvelle, entreprise dans le but, non de guérir le malade, mais de résoudre une question médicale, peut donner lieu à des poursuites correctionnelles. C'est ainsi qu'un élève interne d'un hospice ayant inoculé à un jeune malade, avec la permission du chef de service, le pus d'accidents constitutionnels de la syphilis, une condamnation pour blessures volontaires est intervenue contre les deux praticiens (Trib. Lyon, 15 décembre 1859, D. 59, 3, 87).

De son côté, la sage-femme qui, dans un accouchement laborieux, n'appelle point un médecin peut, en cas de mort de la mère ou de l'enfant dans le travail de l'enfantement, devenir passible des peines portées contre l'homicide par imprudence. Elle peut encourir les mêmes peines si par des manœuvres maladroites elle cause, pendant l'accouchement, la mort d'un enfant né à terme, vivant et viable, encore bien qu'il n'ait pas vécu de la vie extra-utérine (Douai, 16 mai 1882, S. 83, 2, 153).

CHAPITRE II

Le secret professionnel.

Les médecins sont appelés par leur profession à recevoir des confidences et à connaître des faits d'une nature intime. Leur conscience leur fait un devoir de ne pas révéler les secrets dont ils sont les confidents. Et, s'ils manquent à cette obligation, ils ne sont pas seulement justiciables de leur conscience : la loi pénale punit les indiscrétions dont ils peuvent se rendre coupables.

L'article 378 du Code pénal, qui réprime la révélation du secret professionnel, est ainsi conçu : « Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes, et toutes autres personnes dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors les cas où la loi les

oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 à 500 francs. »

Il faut remarquer immédiatement que l'exception à la prohibition édictée par cet article 378 C. pén. concernait les crimes, complots et attentats quelconques contre le chef du gouvernement ou la sûreté de l'État; et les articles 103 et suivants du Code pénal obligeaient de dénoncer les crimes de cette nature. Ces dernières dispositions légales ont été abrogées par la loi du 28 avril 1832; il en résulte que l'article 378 C. pén. doit être appliqué sans réserve.

L'article 378 C. pén., qui consacre l'obligation au secret professionnel du médecin, n'a pas indiqué les conditions d'existence du délit. Comme on l'a fait observer, le corps médical, cherchant à déterminer ses obligations morales et professionnelles, a évolué sans cesse vers une extension du secret profesionnel; il en est arrivé à proclamer que le secret médical devait avoir une portée absolue (voir Brouardel, *le Secret médical;* A. Hallays, *le Secret professionnel;* Ch. Muteau, *l'Assistance hospitalière et le secret professionnel).*

Ce qu'il importe de rechercher, ce sont les décisions de la jurisprudence. A ses yeux, les éléments dont se compose le délit de révélation de secrets, appliqué au médecin, sont au nombre de deux :

1° Le médecin doit avoir révélé des faits dont il a eu connaissance en raison de son état et de sa profession;

2° La révélation doit être volontaire et effective.

1. — *Divulgation de faits à la connaissance du médecin en raison de sa profession.*

Pour l'application de l'article 378 C. pén., la première condition est que le secret divulgué ait été confié au médecin, en raison de son état et de sa profession, c'est-à-dire à l'occasion des soins et des conseils qu'il a donnés à ses malades (Caen, 24 juin 1881, *Rec. arrêts,* Caen et Rouen, 1891, 1, 225).

Il n'est pas nécessaire que la divulgation ait été faite à un grand nombre de personnes. La révélation à une seule personne suffit pour l'application de la loi, qui n'exige d'ailleurs aucune publicité (Cass., 21 novembre 1874, S. 75, 1, 89).

Le médecin est tenu au secret professionnel, non seulement lorsqu'il s'agit d'un malade qu'il a été appelé à traiter dans un établissement hospitalier, mais aussi lorsque ce malade appartient à sa clientèle. Il doit le secret non seulement pour les soins prodigués à domicile et pour les consultations qu'il donne dans son cabinet, mais encore pour les soins et consultations qui ont lieu dans une maison de santé ou dans une clinique (Cass., 16 mars 1893, D. 94, 1, 237, 14 mars 1895, D. 99, 5, 614).

Comme cas concret de violation de secret professionnel, on peut indiquer celui d'un médecin qui, cité dans une enquête à fin de divorce, affirme que l'un des conjoints est atteint d'une maladie mentale dont il indique le nom, l'origine et les manifestations (Aix, 19 mars 1902, *Le Droit,* 22 août 1902).

A côté du médecin, il existe un certain nombre de personnes qui, comme lui, sont tenues au secret professionnel. Ce sont notamment les directeurs et employés des administrations hospitalières. Leurs fonctions sont administratives; mais leur rapports constants avec les malades et les médecins, la lecture des bulletins, des registres et des ordonnances, font de ces fonctionnaires les confidents obligés des malades. Spécialement, le directeur d'un hospice est tenu d'observer le secret

professionnel dans les cas qui concernent la sécurité des malades et l'honneur des familles (Cass. 15 mars 1893, précité).

2. — *Révélation volontaire et effective.*

L'article 378 C. pén. est absolu dans ses termes.

L'intention, la volonté de révéler au public le secret confié constitue un élément nécessaire du délit. Le législateur n'exige pas une intention spéciale de nuire à la personne dont le secret est divulgué.

La divulgation plus ou mois complète qui viendrait à être faite par d'autres voies au public ne relève pas le médecin de l'obligation au secret (Cass., 19 décembre 1885, D. 86, 1, 347). En effet, le témoignage du dépositaire du secret viendra toujours ajouter quelque chose à la révélation; il transformera en un fait avéré, certain, ce qui n'avait été, jusqu'alors, qu'un fait peut-être divulgué, mais livré à la controverse.

Il est admis en doctrine et en jurisprudence que, pour l'application de l'article 378 du Code pénal, il n'est pas nécessaire que la révélation du secret professionnel ait été accompagnée de l'intention de nuire; il suffit que le dépositaire du secret le révèle sciemment, c'est-à-dire par cela seul qu'il a conscience de communiquer un fait secret acquis par lui dans l'exercice de sa profession (V. Garraud, *Traité théorique et pratique du droit pénal français*, t. II, n° 503; Hallays, *Le secret professionnel*, p. 23; Brouardel, *Le secret médical*, p. 16, et *Responsabilité médicale*, p. 66; Trib. corr. Seine, 19 mai 1900; D. 1901, 2, 81; Cass., 9 novembre 1881, *Bull. cass. crim.*, n° 278, S. 1904, 1, 202). Le but de sécurité et de protection que se propose l'article 378 ne serait pas atteint, si la loi se bornait à réprimer les révélations dues à la malveillance, en laissant toutes les autres impunies (Cass. crim., 19 décembre 1885, D. 86, 1, 347); dans l'espèce de ce dernier arrêt, l'article 378 a été appliqué à un médecin qui non seulement n'avait pas la pensée de nuire à la mémoire de son client décédé, mais voulait détruire des suppositions fâcheuses sur la nature de la maladie dont celui-ci était mort. (Voir également Cass. crim., 9 novembre 1901, D. 1902, 1, 235.)

Un arrêt de la Cour suprême du 9 mai 1913 (D. 1914, 1, 206) fixe la jurisprudence : « Attendu que la disposition de l'article 378 du Code pénal est générale et absolue et qu'elle punit toute révélation du secret professionnel, sans qu'il soit nécessaire d'établir à la charge du révélateur l'intention de nuire; que c'est là ce qui résulte tant des termes de la prohibition que de l'esprit dans lequel elle est conçue; qu'en imposant à certaines personnes, sous une sanction pénale, l'obligation du secret comme un devoir de leur état, le législateur a entendu assurer la confiance qui s'impose dans l'exercice de certaines professions; qu'ainsi le délit existe dès que la révélation a été faite avec connaissance, indépendamment de toute intention spéciale de nuire ». Dans le cas qui lui était soumis, il s'agissait du docteur X..., dans le service duquel était placé l'armurier G..., victime d'un accident du travail, qui avait communiqué au docteur Y..., après le décès du malade, une analyse du sang de cet hospitalisé, de laquelle il résultait que G... était atteint de leucémie; le docteur Y..., désigné par le chef d'entreprise en vertu de l'article 4, paragraphe 5, de la loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 31 mars 1905, ayant reçu ce renseignement de X..., l'avait porté à la connaissance de son mandant. La Cour de cassation a décidé que s'il n'y avait pas de pénalité à prononcer contre Y... il y avait lieu, au contraire, conformément à l'article 378, d'en prononcer une contre X... qui était tenu au secret professionnel.

Le médecin que le chef d'entreprise charge de contrôler l'état de la victime de l'accident n'est pas tenu au secret en raison de ce qu'il constate lui-même ou entend dire par son confrère, puisqu'il n'est pas le médecin de l'ouvrier et ne reçoit de lui aucune confidence. De même, le médecin d'un collège, chargé par le principal de l'établissement d'examiner un professeur et d'établir un certificat destiné à décider s'il pouvait reprendre ses fonctions, ne commet aucune indiscrétion de nature à engager sa responsabilité en faisant connaître de vive voix au principal, après la délivrance du certificat, le sens des réponses par lui faites aux questions d'ordre administratif qui lui étaient posées, alors surtout qu'il n'était pas le médecin du professeur et agissait en vertu d'un ordre de service (Cass., 19 janvier 1914, D. 1919, 1, 58).

Quand un fonctionnaire sollicite un congé, sa réintégration, une pension, et que les règlements prescrivent qu'à cette occasion il soit visité par un médecin de l'administration, il est évident qu'il n'y a pas violation du secret professionnel, quand celui-ci donne au supérieur hiérarchique le résultat de l'examen dont il a été chargé (Grenoble, 29 janvier 1919, D. 1910, 2, 121).

Au sujet de ce deuxième élément du délit prévu et puni par l'article 378 du Code pénal, se pose une question très importante, c'est celle de savoir si la révélation d'un secret cesse, dans certaines circonstances, d'être un délit. Plusieurs cas sont à envisager; nous allons les examiner.

1° *Cas où le médecin est relevé par son client de l'obligation de garder le secret.* Puisqu'on considère que la disposition contenue dans l'article 378 a un caractère d'ordre public, on doit admettre que nul ne peut relever le dépositaire de l'obligation au secret. « Attendu que cesser de faire du secret professionnel une obligation absolue pour le convertir en obligation relative, c'est le détruire en ouvrant la porte aux appréciations les plus arbitraires des cas où sa violation serait permise, parce qu'elle serait utile ou opportune ». (Arrêt de la Cour d'assises du Lot-et-Garonne du 15 décembre 1887, *Gaz. Pal.*, 1888, 1, 129.) Les auteurs font observer, d'autre part, que l'article 378 n'est pas fondé sur le respect d'un contrat formel ou tacite intervenu entre celui qui est le confident et celui qui réclame son conseil; il est fondé sur l'ordre public; et la violation du secret professionnel ne blesse pas seulement la personne qui a confié le secret, elle blesse encore la société entière, parce qu'elle enlève à des professions, sur lesquelles la société s'appuie, la confiance qui doit les environner. (Garraud, *op. cit.*, tome V, par. 2068; Chauveau et F. Hélie, *Théor. du C. pén.*, tome V, par. 1879.)

Cependant des décisions de justice ont admis qu'un malade pouvait autoriser son médecin à faire connaître le caractère de la maladie qu'il a contractée (Besançon, 7 juin 1899, D. 1900, 2, 407; Lyon, 16 juin 1909, D. 1910, 2, 123). Nous ne saurions admettre cette jurisprudence qui est à l'encontre de l'article 378 C. pénal (Voir Trib. civ. Rennes, 12 juin 1903, D. 1905, 2, 321).

A supposer que l'on adopte l'opinion que le client peut relever son médecin du secret professionnel, l'autorisation donnée par ce dernier est toujours révocable et perdrait tout effet, si elle était retirée en temps utile. Et en tout cas, cette autorisation devrait être certaine, explicite, et constituer l'expression d'une adhésion personnelle. A ce sujet un jugement du tribunal du Havre a décidé que si l'on admet que le client d'un médecin peut, dans certains cas, relever celui-ci du secret professionnel, il semble que ce doit être, dans tous les cas, un droit absolument personnel qui ne peut se transmettre à ses héritiers (30 juillet 1886, D. 87, 3, 24.)

Il ne paraît pas douteux que l'autorisation donnée par le client à son médecin mettra ce dernier à l'abri de toute poursuite, s'il plaisait au client d'en exercer

une contre ce dernier; on peut dire qu'il a déchargé par avance le médecin de toute responsabilité (Cass. Req., 26 mai 1914, D. 1919, 1, 56). Il s'agit ici de la responsabilité civile, car il est de principe qu'on ne transige pas valablement sur la responsabilité pénale : la poursuite pénale appartient au ministère public.

Mais, même délié du secret professionnel, le médecin peut se refuser à parler; car le secret professionnel est d'ordre public. (Arrêt de la Cour d'assises du Lot-et-Garonne précité.)

2° *Cas où l'intérêt de la science est en jeu.* Les ouvrages de science médicale contiennent souvent, à l'appui des doctrines développées, des observations et des notices qui résument les circonstances de la maladie, son traitement et ses résultats, ainsi que l'âge du malade, ses antécédents héréditaires et les affections dont il a été atteint. On ne saurait évidemment voir une révélation, constituant une violation du secret professionnel, quand le malade n'y est pas désigné; mais si cette désignation existe, il y a violation du secret professionnel.

Ainsi, le médecin directeur d'un asile d'aliénés qui, dans une brochure où l'une de ses pensionnaires est clairement désignée, livre à la publicité les observations par lui faites sur la maladie mentale de celle-ci, et dont les éléments lui ont été fournis par les confidences de la famille, ou du médecin qui avait donné les premiers soins à la malade, ou ont été par lui recueillis au cours du traitement qu'il lui a fait subir dans sa maison, commet le délit prévu par l'article 378 du Code pénal. (Besançon, 23 mai 1888, S. 88, 2, 128.)

3° *Cas où il s'agit de l'intérêt sanitaire.* Le secret professionnel doit avoir des limites lorsqu'il s'agit d'empêcher la propagation d'une maladie : on ne saurait, en effet, admettre, comme on l'a fait remarquer, qu'un malade atteint, par exemple, de diphtérie, puisse communiquer librement cette maladie à ceux qui fuiraient à coup sûr la maison contaminée s'ils savaient qu'elle abrite un diphtérique. Le médecin, dans ce cas, est dans l'obligation de parler.

Les médecins et sages-femmes sont tenus à certaines obligations en cas d'épidémie; il en résulte que le médecin est relevé du secret professionnel dans la mesure indiquée par les textes de lois.

Les médecins et les sages-femmes, astreints à faire la déclaration des maladies épidémiques, ne sont relevés du secret professionnel, à l'égard de ces maladies, que dans la mesure nécessaire aux communications qu'ils doivent adresser à l'autorité chargée de protéger la santé publique (Cass., 13 mars 1897, S. 98, 1, 425). Ces communications confidentielles conservent ce caractère, aux mains des sous-préfets et des maires auxquels elles parviennent, comme représentants de l'autorité (voir Cass., 13 mars 1897, précité); il en résulte que l'article 378 C. pén. est applicable au secrétaire de mairie qui divulgue à un tiers quelconque le contenu des bulletins de déclaration remis au maire par un médecin de la localité; ces bulletins ne lui ayant été communiqués qu'en sa qualité d'auxiliaire du maire, il se trouve constitué dépositaire du secret qui y est enfermé (même arrêt).

4° *Cas où la révélation doit être faite en justice.* Il s'agit ici de déterminer le domaine de l'article 378 C. pén. et celui de l'article 30 du code d'instruction criminelle, aux termes duquel toute personne qui aura été témoin d'un attentat, soit contre la sûreté publique, soit contre la vie ou la propriété d'un individu, est tenue d'en donner avis au Procureur de la République soit du lieu du crime ou délit, soit du lieu où le prévenu pourra être trouvé. L'ordre public est intéressé au premier chef à la découverte de la vérité judiciaire.

La jurisprudence de la Cour de cassation est, dans son dernier état, fixée en ce sens que, ni en matière civile, ni en matière criminelle, le médecin ne doit être

reçu à témoigner sur des faits qu'il n'a connus que par l'exercice de sa profession.

Tout d'abord, en matière civile, elle a jugé que le médecin ne peut révéler, dans une enquête provoquée par une compagnie d'assurances sur la vie, un fait secret de sa nature, qui n'a pu être connu de lui qu'en raison des soins donnés à son client (Arrêt du 1er mai 1899, S. 1901, 1, 161, et D. 99, 1, 581). La Cour de cassation considère que l'obligation au secret professionnel édictée par l'article 378 C. pén. est absolue et que sa violation est toujours un délit, alors même qu'elle se produit en fait sous la forme d'une déposition en justice.

Ensuite, en matière criminelle, elle a décidé que l'obligation du secret implique pour ceux qui y sont soumis l'interdiction de révéler, même lorsqu'ils sont appelés en qualité de témoins, les secrets dont ils sont dépositaires en raison de leur état ou de leur profession (Arrêt du 10 mai 1900, S. 1901, 1, 161). La Cour suprême estime que la justice ne peut demander un élément de preuve à une déposition faite en violation du secret professionnel.

Cette jurisprudence, qui d'ailleurs a été critiquée, a pour résultat de rendre la tâche de la justice très difficile et de rendre, pour certaines affaires, la preuve testimoniale impraticable. On sait, en effet, qu'en matière pénale la preuve testimoniale constitue la preuve ordinaire.

Il faut remarquer, au surplus, que si le médecin appelé devant la justice peut se retrancher derrière le secret professionnel, il doit néanmoins comparaître sur la citation qui lui est donnée, et il ne saurait se refuser à prêter le serment exigé de tout témoin. Aucune loi ne dispense les médecins de comparaître comme témoins devant la justice et d'y prêter le serment prescrit ; en effet, ils peuvent être appelés à s'expliquer sur des faits qui ne sont pas couverts par le secret professionnel ; c'est seulement quand les questions leur sont posées qu'il leur appartient de déclarer s'il leur est ou non possible d'y répondre (Cour d'assises de la Seine, 9 et 10 avril 1877, *Gaz. Trib.* des 10 et 11 avril 1877).

Il y a deux cas où le secret professionnel ne saurait être invoqué.

C'est d'abord le cas où un médecin est nommé expert par la justice et doit lui faire un rapport sur l'état physiologique ou pathologique d'une personne déterminée.

Il est évident que le médecin non seulement peut, mais encore doit révéler ce qu'il a appris et constaté dans sa visite médicale. Le médecin expert a le droit, sans tomber sous le coup de l'article 378 C. pén., de consigner dans son rapport au tribunal que la personne qu'il a visitée, un ouvrier victime d'un accident du travail par exemple, est atteinte d'une maladie secrète. Un arrêt de la Cour de Grenoble du 29 janvier 1909 (D. 1910, 2, 121) l'indique nettement ; car le médecin agit en qualité d'expert, c'est-à-dire qu'il est investi par la justice de la mission de lui rendre compte de tout ce qu'il a constaté et observé pour arriver à la manifestation de la vérité ; il ne donne pas les soins que la personne visitée réclame.

Mais quelle sera la solution si le médecin chargé d'une expertise médico-légale apprend au cours de sa mission judiciaire des faits secrets de leur nature et n'ayant aucune relation avec l'objet de son mandat ? S'il les révèle, commet-il le délit de l'article 378 C. pén. ? L'arrêt précité de la Cour de Grenoble répond à juste titre par la négative ; car le secret est venu à la connaissance, non pas du médecin soignant un malade et obligé au secret, mais du mandataire de justice tenu de rendre compte de toutes ses constatations. Le médecin expert ne saurait commettre le délit de révélation de secret en accomplissant son mandat : s'il en

était autrement, il pourrait être tenté de passer sous silence des faits de nature à présenter de l'intérêt pour la manifestation de la vérité.

Mais, en dehors de ses relations avec la justice et de l'exécution de son mandat judiciaire, le médecin expert est tenu comme médecin à l'obligation du secret pour tout ce qu'il a constaté.

Le deuxième cas auquel on fait allusion est celui où le médecin a eu connaissance d'un crime ou d'un délit en dehors des confidences qui lui ont été faites par ceux qui ont eu recours à ses conseils (V. Trib. Rennes, 12 juin 1903, *Gaz. Pal.* 1904, 1, 37). Il est soumis aux mêmes devoirs que les autres citoyens; mais s'il n'en a eu connaissance que par suite d'une révélation confidentielle qui lui a été faite dans l'exercice de ses fonctions, il est lié par le secret professionnel.

Terminons par cette remarque que, dans le cas où le témoignage du médecin ne peut être admis, il va de soi qu'on ne pourrait faire *a fortiori* état du témoignage d'une personne déposant d'après une révélation à elle faite par le médecin. (Toulouse, 10 février 1898, D. 99, 2, 257).

CHAPITRE III

Exercice illégal de la médecine.

1. — *Caractère et éléments du délit.*

La loi du 30 novembre 1892 a fait de l'exercice illégal de la médecine non un délit simple, *mais un délit d'habitude*, résultant de la réitération d'actes qui, considérés isolément, n'ont pas assez de gravité pour mériter une peine, mais qui, répétés, deviennent punissables. C'est ce qui est prévu par l'article 16, qui s'applique à toute personne qui, non munie d'un diplôme, prend part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies; dès lors ne commet pas un délit celui qui émet éventuellement un avis, celui qui visite les malades et donne un conseil, sans prendre la responsabilité du traitement prescrit. De même, le bandagiste qui prend sur les clients des mesures en vue de vendre et d'appliquer des appareils herniaires qu'il fabrique ou fait fabriquer ne commet pas le délit d'exercice illégal de la médecine, s'il ne se livre pas habituellement au traitement des maladies et ne pratique aucune opération chirurgicale (Cass., 14 janvier 1915, D. 1919, 1, 60); le bandagiste a toute qualité pour faire des appareils, les essayer et les appliquer.

Un acte isolé d'exercice de la médecine n'étant pas délictueux, on doit admettre qu'une opération chirurgicale, même très grave, telle que l'amputation d'un bras ou d'une jambe, ne tombe pas sous le coup de la loi : car, en matière pénale, l'interprétation d'un texte légal est restrictive. Cette solution s'applique notamment au cas d'une opération césarienne pratiquée par un prêtre, en vue d'administrer le baptême à un enfant, sur une femme enceinte qui vient de mourir (Voir la note sous Cassation 20 juin 1896, S. 97, 1, 105).

Le législateur de 1892 n'ayant pas déterminé le nombre de faits qui constituent le délit d'habitude, il appartient aux tribunaux de décider souverainement si les opérations pratiquées et signalées sont habituelles ou non. Le temps pendant lequel ont lieu ces opérations doit être pris en considération. Il en est ici comme en matière de délit d'usure.

Évidemment il est nécessaire, en principe, qu'au moins deux faits consécutifs d'exercice de la médecine aient été relevés contre le prévenu, sans qu'il importe

d'ailleurs que les soins aient été donnés à la même personne ou à des personnes différentes. Le nombre peut être plus élevé : « Attendu, dit un arrêt de la Cour suprême du 4 janvier 1907 (D. 1907, 1, 368), qu'il résulte des constatations du jugement dont les motifs sont adoptés par l'arrêt attaqué et dudit arrêt, que, dans l'espace d'une année environ, X... a procédé à des extractions de dents sur la personne de quatre individus et qu'il a insensibilisé les gencives de deux autres ; qu'en ce qui concerne les extractions de dents, l'arrêt déclare que ce n'est qu'exceptionnellement que X... a fait acte de dentiste ; qu'il n'y a donc pas *habitude* au sens du premier paragraphe de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 » ; que, relativement aux deux faits d'anesthésie locale, l'arrêt considère qu'ils ne peuvent être envisagés que comme un accessoire de l'extraction et que, faute d'être habituels, ils ne peuvent, pas plus que les extractions auxquelles ils se rattachent, tomber sous l'application de la loi.

Deux observations doivent être faites :

1° La possession d'un diplôme n'est pas de nature par elle seule à faire écarter l'existence du délit. L'article 16, § 3, dispose en effet : « Exerce illégalement la médecine toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi. »

D'où la conséquence suivante que :

Si le diplôme de docteur en médecine confère le droit de pratiquer la chirurgie, l'art dentaire, l'art des accouchements, en un mot la médecine, il n'en est pas de même en ce qui concerne le diplôme de chirurgien-dentiste et celui de sage-femme ; ces diplômes se réfèrent à des attributions médicales limitées.

Pour les accouchements, il faut tenir compte de la nature de l'événement ; le paragraphe 1er de l'article 16 exige un diplôme, *sauf les cas d'urgence avérée*. Dès lors, quand un accouchement constituera une opération isolée, il ne présentera pas le caractère de l'exercice illégal. Mais ordinairement, un accouchement exige, de la part de la sage-femme, une série de soins et de visites antérieurs, postérieurs et concomitants à l'opération elle-même ; si l'accouchement se présente avec ces circonstances, il constituera l'exercice illégal, car il manifestera une direction suivie.

2° Les docteurs en médecine qui consentiraient à assister des individus sans diplôme, somnambules, dentistes ou autres commettraient un acte délictueux ; ils seraient considérés comme coauteurs de l'exercice illégal. L'article 16, § 3, a pour but d'atteindre les médecins qui, sortant du cadre de leurs attributions, se feraient les auxiliaires d'empiriques et accepteraient de donner une sorte d'exéquatur à leurs agissements (Trib. corr. Lyon, 9 mai 1905, *La Loi*, 20 juin 1905). Il a été jugé que commet le délit le docteur en médecine qui s'associe avec une personne qui exerce illégalement la médecine, dans le but de couvrir de son nom et de son diplôme les actes de cette personne, sans participer au traitement qu'elle fait subir aux malades (Trib. corr. Alger, 4 novembre 1893, D. 95, 2, 69. Lyon, 4 avril 1892, D. 95, 2, 53).

2. — *Exceptions apportées au principe de l'exercice illégal de la médecine.*

Tout d'abord, les dispositions de la loi sur l'exercice illégal de la médecine ne sont pas applicables aux cas d'urgence avérée. Il faut qu'il y ait *urgence*, c'est-à-

dire qu'on ne peut pas, sans danger très sérieux pour le malade, attendre l'arrivée d'un médecin ; c'est ce qui arrivera, par exemple, dans le cas d'atteinte de choléra où un retard de quelques instants peut entraîner de graves dangers ; on donnera les premiers soins en attendant le médecin. L'urgence doit être *avérée ;* il appartiendra au prévenu d'en faire la preuve.

En second lieu, le prévenu pourra prouver divers faits et circonstances qui ne sont pas expressément prévus dans la loi de 1892, mais qui, suivant les principes du Code pénal, excluent la culpabilité. Tels sont : la force majeure, qui se confondra le plus souvent avec l'urgence, la contrainte physique et morale, la démence et le défaut de discernement chez un mineur de 18 ans (Pabon, *op. cit.*, n° 32).

La Cour de cassation, dans un arrêt du 23 avril 1858 (S. 58, 1, 571), a jugé que l'existence de la force majeure ne saurait résulter, dans le cas d'un accouchement opéré par une personne sans diplôme, de cette seule circonstance que les sages-femmes et un chirurgien de l'endroit auraient refusé ou se seraient trouvés dans l'impossibilité de pratiquer l'accouchement.

En troisième lieu, l'article 16 de la loi de 1892, dans son dernier paragraphe, contient une troisième exception : « Les dispositions du paragraphe 1er du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aide d'un docteur, ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux gardes-malades. »

Comme, aux termes de l'article 6, les internes et étudiants sont autorisés à exercer la médecine en temps d'épidémie ou comme remplaçants d'un médecin, on doit admettre que la disposition de l'article 16, qui vient d'être rappelée, s'applique à tous les élèves en médecine agissant comme aides d'un docteur ou placés par lui auprès d'un malade.

Enfin, la question se pose de savoir si la gratuité des soins permet d'échapper au délit d'exercice illégal de la médecine. Pour résoudre la question, il importe d'observer que, pour qu'il y ait exercice illégal, il faut qu'il s'agisse de soins médicaux exigeant des connaissances spéciales. Il résulte des travaux préparatoires de la loi de 1892 que le cas a été examiné : un sénateur, à la séance du 22 novembre 1892 tenue au Sénat (*Journal officiel* du 23 novembre, p. 927), demandait si on irait poursuivre, atteindre au foyer domestique cette mère de famille qui, en l'absence d'un médecin, ou qui, n'ayant pas dans sa bourse ce qu'il faut pour l'appeler ou bien se trouvant placée dans des circonstances qui la mettent dans l'impossibilité de recourir à lui, remplira ce devoir sacré, qu'aucun ne peut qualifier de charlatanisme, et qui consiste à soigner son mari, ses vieux parents, ses enfants, et cela même habituellement, car ce devoir est de tous les jours, de tous les instants ; il est habituel. A cette question, M. Brouardel répondit : « Jamais de la vie, sous aucun prétexte. » On ne saurait donc considérer comme exerçant illégalement la médecine : le curé de campagne, la sœur de charité, le patron d'usine, le chef d'atelier, le capitaine d'un navire, le chef d'équipe, le camarade, le père ou la mère, le garde-malade qui se borne à panser des blessures, ou à administrer, même *proprio motu*, des médicaments simples, non officinaux ou magistraux, connus de tout le monde, tels que sirops, sulfate de quinine, potions, etc. (Pabon, *op. cit.*, n° 14).

Par application de ce qui vient d'être dit, il a été décidé, sous l'empire de l'ancienne loi, et il faudrait décider de même aujourd'hui, que ceux qui se livreraient, sans titre, à l'exercice de la médecine ou de la chirurgie, ne sauraient se soustraire aux conséquences de la prohibition portée par elle, sous le prétexte qu'ils ne retireraient aucun lucre et qu'ils ne seraient guidés que par un sentiment d'hu-

manité, par le désir de soulager la misère et les douleurs de leurs semblables, ce prétexte pouvant quelquefois cacher une pensée coupable, un intérêt sordide (Cass., 20 juillet 1833, S. 33, 1, 536; 27 mai 1854, D. 54, 1, 372; Grenoble, 22 janvier 1885, S. 86, 2, 148).

3. — *Compétence, poursuite et pénalités.*

a) *Compétence.* — L'exercice illégal de la médecine, considéré par la loi du 30 novembre 1892 comme un délit, est, par application des règles du droit criminel, de la compétence des tribunaux correctionnels (art. 179 C. instr. crim.). Aux termes des articles 23, 63 et 69 du même code, le tribunal compétent est celui du lieu du délit, du lieu de la résidence du prévenu ou du lieu où le prévenu pourra être trouvé.

b) *Poursuite.* — L'article 17 de la loi de 1892 déclare : « En ce qui concerne spécialement l'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire ou de la pratique des accouchements, les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les associations de médecins régulièrement constituées, les syndicats visés dans l'article 13 pourront en saisir les tribunaux par voie de citation directe donnée dans les termes de l'article 182 C. instr. crim., sans préjudice de se porter, s'il y a lieu, partie civile dans toute poursuite de ces délits intentée par le ministère public ».

C'est l'application des règles du droit commun.

En accordant le droit de poursuite aux syndicats professionnels et aux associations de médecins, le législateur a pensé, à juste titre, qu'une association hésiterait moins qu'un particulier à dénoncer un délit de nature à porter de graves atteintes à la santé publique.

Mais la poursuite ne peut avoir lieu que si les personnes et associations indiquées dans l'article 17 justifient d'un préjudice matériel et moral (voir Paris, 13 mars 1861, S. 61, 2, 346). Il importe de remarquer que l'article 17 ne parle pas des associations de sages-femmes. Il ne faut pas en conclure que ces associations sont privées du droit de saisir les tribunaux; le texte a été mal rédigé. Ces associations pourront agir comme les syndicats professionnels; la Commission de la Chambre l'a formellement déclaré dans son rapport (Lechopie et Floquet. *La nouvelle législation médicale*, p. 173).

Le juge qui est saisi apprécie le dommage souffert et détermine les réparations civiles qui sont dues (Cass., 18 août 1860, D. 60, 1, 464).

c) *Pénalités.* — La loi du 30 novembre 1892 édicte des peines principales et des peines accessoires. Les premières sont l'amende et l'emprisonnement, les secondes sont la suspension temporaire et l'incapacité absolue d'exercer la profession. En outre, la gravité de la peine varie suivant qu'il s'agit de la médecine proprement dite, de l'art dentaire ou de l'art des accouchements.

Peines principales. — 1° L'article 18 punit l'*exercice illégal simple :*

§ 1er : Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1,000 francs, et d'un emprisonnement de six jours à six mois, ou de l'une de ces deux peines seulement.

§ 2e : L'exercice illégal de l'art dentaire est puni d'une amende de 50 à 100 francs, et, en cas de récidive, d'une amende de 100 à 500 francs.

§ 3e : L'exercice illégal de l'art des accouchements est puni d'une amende de 50 à 100 francs, et, en cas de récidive, d'une amende de 100 à 500 francs et d'un emprisonnement de six jours à un mois, ou de l'une de ces deux peines seulement.

Il convient d'ajouter que l'article 9 interdit d'exercer l'art médical sous un pseudonyme et décide que les sanctions à appliquer sont celles de l'article 18.

2° L'article 19 punit l'*exercice illégal avec usurpation de titre*. « L'exercice illégal de la médecine ou l'art dentaire, avec usurpation du titre de docteur ou d'officier de santé, est puni d'une amende de 1,000 à 2,000 francs, et en cas de récidive d'une amende de 2,000 à 3,000 francs, et d'un emprisonnement de six mois à un an, ou de l'une de ces deux peines seulement » (§ 1).

Le fait par un individu d'avoir annoncé mensongèrement à une personne qui venait le consulter au sujet d'une maladie, qu'il était médecin et avait été breveté par l'empereur, puis d'avoir fait à cette personne plusieurs visites, pour le prix desquelles il s'est fait remettre une somme d'argent, constitue non un délit d'escroquerie, mais le délit d'exercice illégal de l'art de guérir; car l'emploi d'une fausse qualité est prévu par une loi particulière. (Metz, 22 janvier 1857, *Journ. Palais*, 57, 1001). Cette décision trouverait encore son application avec la loi du 30 novembre 1892.

Le paragraphe 2 de l'article 19 réprime l'usurpation du titre de dentiste.

L'usurpation du titre de sage-femme est prévue par le paragraphe 3 et est punie d'une amende de 100 à 500 francs, et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1,000 francs et d'un emprisonnement d'un mois à deux mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

3° Les articles 19 et 20 ne prévoient que l'usurpation de titre accompagnée de l'exercice de la profession. S'il y a seulement usurpation de titre, il n'y a pas de peine applicable : ni la loi de 1892, ni le Code pénal ne punissent un fait de cette nature. L'article 259 C. pén. ne vise que l'usurpation des titres honorifiques. (Paris, 15 avril 1896, S. 96, 2, 193.)

L'officier de santé qui usurperait le titre de docteur, soit en plaçant sur la porte de son domicile une plaque avec l'inscription « Docteur-médecin », soit en signant de cette qualité des certificats, n'est passible d'aucune peine. On ne pourrait appliquer ni l'article 19, puisqu'il n'exerce pas illégalement, ni l'article 20, puisque ce dernier texte ne vise que les médecins étrangers. (Voir l'arrêt précité de la Cour de Paris du 15 avril 1896.)

S'il n'y a pas de pénalité applicable, les docteurs en médecine intéressés pourraient intenter devant les tribunaux civils une action en dommages-intérêts contre l'officier de santé usurpant le titre de docteur.

4° Vis-à-vis des médecins étrangers, l'article 20 décide : « Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine, quiconque, se livrant à l'exercice de la médecine, fait précéder ou suivre son nom du titre de docteur en médecine, sans en indiquer l'origine étrangère. Il sera puni d'une amende de 100 à 200 francs. »

Il résulte des travaux préparatoires de la loi de 1892 (séance de la Chambre du 19 mars 1891, *J. O.* du 20, p. 679), que, bien que l'article 20 vise seulement le cas du titre de *docteur en médecine* précédant ou suivant le nom, le titre de *docteur* tout court tombera également sous son application, car c'est celui qui est employé habituellement par les médecins. (Trib. Seine, 25 mai 1895, D., 96, 2, 189.)

D'autre part, le médecin étranger qui, ayant pris la qualité de docteur-médecin, ne justifie ni d'un diplôme, certificat ou lettre de réception délivrés par une école de médecine française, ni d'une autorisation du ministre de l'Instruction publique, doit être condamné pour exercice illégal de la médecine, en raison des actes de sa profession accomplis en France, encore bien qu'il soit inscrit sur la liste,

dressée par le préfet, des médecins exerçant dans le département, et qu'il soit imposé à la patente, en qualité de médecin. (Paris, 18 mars 1885, S. 85, 2, 217.)

Trois observations doivent être faites au sujet des peines principales :

Tout d'abord, l'article 27 de la loi de 1892 déclare applicable l'article 463 du Code pénal, relatif aux circonstances atténuantes.

En second lieu, la loi du 26 mars 1891, aux termes de laquelle les juges ont la faculté de suspendre pendant cinq ans l'exécution de la peine, est applicable aux peines d'amende et d'emprisonnement prononcées par la loi du 30 novembre 1892.

Enfin, il peut arriver qu'un individu soit condamné par le même jugement, en raison de plusieurs délits réprimés par les articles 18 à 23 de la loi de 1892 ; il en sera ainsi s'il a exercé illégalement la médecine, l'art dentaire et l'art des accouchements tout ensemble. En ce cas, il convient d'appliquer les prescriptions de l'article 365 du Code pénal, suivant lequel le cumul des peines est interdit, et seule la plus forte peine est prononcée; ce texte s'applique si le délit d'exercice illégal de la médecine est établi simultanément avec d'autres crimes ou délits, comme, par exemple, le crime de faux. (Voir Cass., 22 avril 1887, D. 87, 1, 506.)

En dehors de l'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire et de l'art des accouchements, ainsi que de l'usurpation de titre, la loi de 1892 a sanctionné les infraction aux autres prescriptions édictées par elle. Ces infractions sont :

1° Le défaut de déclaration exigé par l'article 15, au sujet des maladies épidémiques (art. 21);

2° Le défaut d'enregistrement des diplômes dans les délais et conditions exigés par l'article 9 (art. 23);

3° Le refus de déférer aux réquisitions de la justice (art. 23);

4° L'exercice de leur profession par des personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire, ou l'incapacité absolue de l'article 25 (art. 26).

Peines accessoires. — A côté des peines principales, la loi de 1892 prononce des peines accessoires. Elles ont pour but de permettre d'écarter de la profession médicale des membres qui ont démérité : si notamment un médecin a été frappé de peines afflictives et infamantes, il doit lui être interdit d'exercer une profession dont il a pu ou pourra mésuser. « Il est arrivé parfois, disait à la Chambre M. Brouardel, commissaire du gouvernement, que des médecins ont commis un crime dans l'exercice de leur profession : avortement, viol, etc. Nous ne pouvons pas admettre qu'un individu qui a ainsi manifesté son indignité, alors même qu'il l'aurait expiée par trois, quatre ou cinq ans de prison, vienne, par exemple, après avoir été condamné pour avortement, afficher sur sa porte : « Je soigne les femmes enceintes. » Il y a là une question de moralité! Le gouvernement estime que, quand un homme a ainsi gravement trahi la confiance d'une famille, il est indigne d'être protégé. »

C'est à la suite de ces observations que fut voté l'article 25, ainsi conçu : « La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de leur profession peuvent être prononcées par les Cours et Tribunaux accessoirement à la peine principale, contre tout médecin, officier de santé, dentiste ou sage-femme qui est condamné : 1° à une peine afflictive et infamante ; 2° à une peine correctionnelle prononcée pour crime de faux, pour vol et escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 334 et 335 du Code pénal ; 3° à une peine correctionnelle prononcée par la Cour d'assises pour des faits qualifiés crimes par la loi. En aucun cas, les crimes et délits politiques ne pourront entraîner la suppression temporaire ou l'incapacité absolue d'exercer les professions visées au présent article. »

Ce texte ne se réfère pas uniquement aux crimes professionnels : il se réfère à tous les crimes, à l'exception des crimes politiques et de ceux qui n'entraînent qu'une peine infamante, c'est-à-dire le bannissement et la dégradation civique.

Les délits et crimes prévus par l'article 25 sont les suivants :

Art. 316 : crime de castration ;

Art. 317 : crime d'avortement et délit d'administration de substances nuisibles ;

Art. 331 et 332 : crime d'attentat à la pudeur et de viol ;

Art. 334 et 335 : excitation habituelle de mineurs à la débauche.

Les peines accessoires ne peuvent être prononcées, aux termes de l'article 25, 2° et 3°, qu'autant que la peine principale est au moins correctionnelle ; elles ne peuvent pas, par conséquent, être prononcées si le prévenu, par suite de l'admission des circonstances atténuantes, est condamné à une peine de simple police.

Il faut remarquer que le juge n'est pas obligé de prononcer les peines accessoires édictées par la loi : celle-ci lui laisse *la faculté* de les prononcer. La condamnation à une peine accessoire ne peut être infligée par un arrêt ou un jugement postérieurs à la décision qui a prononcé la peine principale, sauf le cas prévu dans le paragraphe 5 de l'article 25 : « En cas de condamnation prononcée à l'étranger pour un des crimes et délits ci-dessus spécifiés, le coupable pourra également, à la requête du ministère public, être frappé par les tribunaux français de suspension temporaire ou d'incapacité absolue de l'exercice de sa profession. » Le jugement ainsi prononcé par un tribunal étranger est soumis au tribunal français, qui a pour mission d'examiner si les faits reprochés sont suffisamment graves pour motiver une peine accessoire : un médecin étranger frappé justement à l'étranger pour un crime avéré ne peut venir librement exercer son art en France, alors qu'un médecin français serait, dans le même cas, privé du droit de l'exercer.

Si le praticien contre lequel une peine accessoire est prononcée continue à exercer sa profession, l'article 26 déclare qu'il tombe sous le coup des articles 17, 18, 19, 20 et 21 de la loi. C'est à tort que l'article 21 est visé, car il s'occupe seulement des déclarations d'épidémies (Voir Roland, *op. cit.*, n° 259).

Enfin il faut signaler une dernière disposition contenue dans le paragraphe 6 de l'article 25 et ainsi conçue : Les aspirants ou aspirantes au diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, condamnées à l'une des peines énumérées aux paragraphes 1, 2 et 3 du présent article, peuvent être exclus des établissements d'enseignement supérieur. La peine de l'exclusion sera prononcée dans les conditions prévues par la loi du 27 février 1880. En aucun cas, les crimes et délits politiques ne pourront entraîner « l'exclusion des établissements d'enseignement médical ». Cette disposition légale a été motivée par ce fait qu'on se trouvait désarmé en face d'aspirants au doctorat et au diplôme de sage-femme qui ont commis des crimes ou délits infamants ; lors de la discussion de la loi au Sénat, l'exemple a été cité d'un officier de santé, condamné pour vol et escroquerie, qui obtint ensuite le diplôme de bachelier et passa ses examens et la thèse de doctorat sans qu'on pût lui refuser le diplôme ; ainsi que le cas d'une élève sage-femme qui avait été condamnée à trois ans de prison pour avortement et infanticide.

Le renvoi à la loi du 27 février 1880 indique que l'exclusion est prononcée par le conseil académique, sauf recours au conseil supérieur de l'instruction publique. L'autorité académique a une simple faculté, — ce n'est pas une obligation pour elle d'exclure ou de ne pas exclure les élèves des établissements d'enseignement.

TITRE IV

Médecine légale.

La médecine légale est l'application des connaissances médicales aux cas de procédure civile et criminelle qui peuvent être éclairés par elles (Contagne, *Précis de médecine légale*, p. 1).

On appelle *expertise médicale* ou *expertise médico-légale* toute opération par laquelle le médecin prête à la justice le concours scientifique que celle-ci lui a demandé.

CHAPITRE PREMIER. — DU CHOIX DES MÉDECINS LÉGISTES ET DE LEURS OPÉRATIONS

1. — *Choix des médecins légistes.*

La loi du 30 novembre 1892 a posé en principe que les fonctions de médecins experts près les tribunaux ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine français. Un règlement d'administration publique en date du 21 novembre 1893 a déterminé les conditions suivant lesquelles le titre d'expert peut être conféré aux docteurs en médecine.

L'article premier du décret du 21 novembre 1893 a été modifié de la manière suivante par le décret du 12 août 1904 : « Au commencement de chaque année judiciaire, et dans les trois mois qui suivent la rentrée, les Cours d'appel en chambre du conseil, le procureur général entendu, désignent, sur les listes de propositions des tribunaux de première instance du ressort, les docteurs en médecine, à qui elles confèrent le titre d'expert devant les tribunaux. A la Cour d'appel de Paris, cette désignation est faite par une assemblée composée des trois premières chambres de la Cour. »

L'article 2 du même décret a été modifié à son tour par le décret du 10 avril 1906 : les propositions du tribunal et les désignations de la Cour ne peuvent porter que sur des docteurs en médecine français demeurant, soit dans l'arrondissement du tribunal, soit dans le ressort de la Cour d'appel. Ils doivent avoir au moins cinq ans d'exercice de la profession médicale, ou être munis soit du diplôme de l'Université de Paris portant la mention « médecine légale et psychiatrie », soit d'un diplôme analogue créé par d'autres universités par application de l'article 15 du décret du 21 juillet 1897.

Le nombre des experts à désigner pour chaque tribunal n'est pas limité, mais il doit être très restreint. Le législateur a voulu, en effet, que les délicates fonctions d'experts ne fussent confiées qu'à un petit nombre de médecins offrant toutes les garanties au point de vue de la compétence professionnelle.

En principe, les opérations d'expertise médico-légale ne peuvent être confiées à un docteur en médecine qui n'aurait pas le titre d'expert (art. 3, décret de 1893). Cependant les médecins ou officiers de santé qui ont fait les premières constatations nécessaires sans avoir le titre de médecins-experts peuvent être chargés de toutes les autres opérations médico-légales que l'affaire comportera (Circ. garde des sceaux, 24 nov. 1893).

2. — *Opérations des médecins légistes.*

Il n'est pas possible de déterminer en théorie dans quels cas les magistrats doivent recourir aux lumières des médecins légistes. C'est la nature de l'affaire qui permet seule de décider si une expertise médico-légale est nécessaire.

En principe, on doit s'abstenir de requérir le ministère des médecins pour faire

la visite des personnes suicidées, noyées, tuées par accident ou mortes naturellement par apoplexie ou autrement, à moins qu'il n'y ait présomption ou suspicion de crime, car cette dernière circonstance, pouvant seule motiver une information, peut seule aussi autoriser l'intervention des magistrats ou des officiers de police judiciaire. A défaut de pareils soupçons et s'il ne s'agit que de soins à administrer ou de formalité à remplir comme le prescrit l'article 81 du Code civil, les honoraires des médecins ne doivent jamais être compris dans les frais de justice criminelle. (Décr. min. 23 nov. 1824.)

Dans tous les cas où le ministère des médecins est requis au cours d'une instruction, ils doivent être appelés par un simple avertissement sans citation, avertissement remis sans frais par un agent de police, un garde champêtre ou un gendarme. La réquisition ainsi adressée au médecin doit contenir des instructions précises sur la nature et le nombre des opérations qui lui sont confiées.

Aux termes de l'article 23 de la loi de 1892, tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de la justice, sous les peines portées à l'article 23 de la loi, relatif au défaut d'enregistrement du diplôme.

La loi n'a attaché aucune forme spéciale à la réquisition dont le médecin peut être l'objet ; elle est écrite ou verbale. Mais elle doit être nette et claire : le médecin qui refuserait d'obtempérer à l'invitation d'un commissaire de police, de l'assister pour la constatation d'un crime, ne serait pas punissable, si l'invitation manquait de netteté et de précision et si elle n'avait été remise que par l'intermédiaire d'un tiers, notamment sa domestique. (Bourges, 4 avril 1895, sous Cass., 15 juillet 1895, D. 1000, 1, 441.)

Les constatations médico-légales doivent être décrites et résumées dans un rapport composé des parties essentielles suivantes : le préambule, la description des faits, la discussion et les conclusions. (Contagne, *op. cit.*, p. 11.)

Le préambule comprend : *a*) les nom, prénoms, qualité et domicile de l'expert ; *b*) l'indication de l'autorité requérante ; *c*) la date de la réquisition ; *d*) la mention de la prestation de serment ; *e*) la date et le lieu des opérations ; *f*) le but de l'expertise ; *g*) les noms et qualités des personnes qui ont pu assister ou même aider à l'opération.

La description des faits doit être suffisamment détaillée pour justifier scientifiquement les conclusions et pour permettre à d'autres experts d'en apprécier au besoin la légitimité. Les constatations doivent être décrites dans un ordre méthodique et groupées en alinéas numérotés.

La discussion des faits est un trait d'union souvent nécessaire entre la description des faits et les conclusions ; elle doit se maintenir exclusivement sur le terrain scientifique.

Enfin, les conclusions doivent être numérotées et rédigées dans un langage scientifique, mais aussi intelligible que possible pour des personnes étrangères à la profession médicale. Elles doivent comprendre au moins une réponse à chacune des questions contenues dans la réquisition.

Tout rapport doit être terminé par la date et la signature de l'expert.

CHAPITRE II

Honoraires et frais divers.

I. — Le décret du 21 novembre 1893 distingue, au point de vue des honoraires, entre l'autopsie et les opérations autres que l'autopsie.

D'après Contagne (p. 18), il faut faire rentrer dans ces dernières opérations tous

les examens nécessitant des instruments et une technique spéciale (exemple : examen des organes génitaux de la femme).

En ce qui concerne les autopsies, le décret fait une double distinction entre les autopsies d'adultes et les autopsies de nouveau-nés, d'une part, et les autopsies qui ont lieu avant exhumation et celles qui ont lieu après exhumation, d'autre part.

Tout rapport écrit donne droit, au minimum, à une vacation de 5 francs. Toute vacation représentant trois heures de travail, il ne doit être accordé qu'une seule vacation pour tout rapport dont la rédaction ne semble pas avoir exigé un temps plus long.

L'indemnité de déplacement se calcule en additionnant les kilomètres et fractions de kilomètres à l'aller et au retour, comme si tout le trajet avait été fait en un seul sens. (Contagne, *op. cit.*, p. 18.)

Quant à l'indemnité de séjour, les médecins reçoivent, aux termes de l'article 8 du décret de 1893, une indemnité de 10 francs par chaque journée de séjour forcé en cours de route, à la condition de produire à l'appui de leur demande d'indemnité un certificat du juge de paix ou du maire de la localité constatant la cause du séjour forcé.

En outre de l'indemnité de transport, il est alloué aux médecins, s'il y a lieu, une vacation de 5 francs, à raison de leurs dépositions soit devant le tribunal, soit devant un magistrat instructeur (article 9, § 1).

Le coût des fournitures nécessaires pour les opérations est remboursé sur la production des pièces justificatives de la dépense (article 5). Il ne peut être réclamé que le coût des objets qui sont d'une utilité incontestée pour l'opérateur et que l'opération a mis hors d'usage, tels que les désinfectants, les verres ou bocaux brisés. Mais l'administration de la justice ne saurait être astreinte à payer la totalité des objets dont le médecin s'est servi au cours de l'opération (par exemple, des instruments professionnels). Le remboursement des frais de fournitures doit être réglé d'après la quantité des liquides employés et d'après la valeur des objets mis réellement hors d'usage. (Circ. garde des sceaux, 31 juillet 1894.)

Le remboursement est subordonné à la production d'un état détaillé des fournitures, quittancé par le vendeur (même circulaire).

LOI

relative à la protection de la santé publique

du 15 février 1902.

PRÉLIMINAIRES

Pour diminuer la mortalité en France, le législateur s'est trouvé dans la nécessité de prendre des mesures énergiques, gênantes sans doute pour l'individu, mais indispensables pour la conservation de la race et l'accroissement de la population. La loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique a marqué un progrès très important dans l'organisation d'une bonne hygiène publique.

La loi ne s'applique pas aux ateliers et manufactures (art. 32).

Si l'on jette un coup d'œil d'ensemble sur ses dispositions, on constate qu'elle se réfère aux points suivants :

1° Toute commune est obligée d'avoir un règlement sanitaire ;

2° La vaccination et la revaccination sont rendues obligatoires ;

3° La désinfection doit être pratiquée pour les maladies contagieuses ;

4° Les communes dont l'insalubrité aura été reconnue sont tenues d'exécuter des travaux d'assainissement ;

5° Les logements insalubres sont soumis à une réglementation particulière ;

6° Des commissions sanitaires sont organisées ;

7° Les dépenses nécessitées par l'application de la loi sont supportées par les départements et les communes.

On s'attachera ici à faire connaître les dispositions légales qui intéressent l'exercice de la médecine.

TITRE Ier

Mesures sanitaires générales.

CHAPITRE PREMIER

Règlements sanitaires.

L'article premier prescrit que, dans toute commune, le maire est tenu, afin de protéger la salubrité publique, de déterminer, après avis du conseil municipal et sous forme d'arrêtés municipaux portant règlement sanitaire : 1° les précautions à prendre en vertu de l'article 97 de la loi du 5 avril 1884 pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles, spécialement les mesures de désinfection ou même de destruction des objets pouvant servir de véhicules à la contagion ; 2° les prescriptions destinées à assurer la salubrité des maisons et de leurs dépendances, des voies privées closes ou non à leurs extrémités, des logements loués en garni et des autres agglomérations, notamment les prescriptions relatives à l'alimentation en eau potable ou à l'évacuation des eaux usées.

Il est à remarquer que si le maire est tenu de prendre l'avis du conseil municipal, il n'est pas obligé de le suivre. L'arrêté qu'il prend est soumis à l'approbation du préfet, après avis du conseil d'hygiène.

Le règlement sanitaire communal ne fait pas obstacle aux droits conférés au préfet par l'article 99 de la loi du 5 avril 1884, qui est ainsi conçu : « Les pouvoirs qui appartiennent au maire en vertu de l'article 97 ne font pas obstacle au droit du préfet de prendre, pour toutes les communes du département ou pour plusieurs d'entre elles, et dans tous les cas où il n'y aurait pas été pourvu par les autorités municipales, toutes mesures relatives au maintien de la salubrité, de la sécurité et de la tranquillité publiques. Ce droit ne pourra être exercé par le préfet à l'égard d'une seule commune qu'après une mise en demeure restée sans résultat. »

La loi a voulu que toute commune eût immédiatement son règlement sanitaire ; car elle a décidé que si, dans le délai d'un an à partir de la promulgation de la loi, une commune n'avait pas de règlement sanitaire, il lui en serait imposé un d'office, par un arrêté du préfet, le conseil départemental d'hygiène entendu.

En cas d'urgence, c'est-à-dire en cas d'épidémie ou d'un autre danger imminent pour la santé publique, le préfet peut ordonner l'exécution immédiate des mesures prescrites par les règlements sanitaires prévues par l'article premier, qui vient d'être indiqué (art. 3).

CHAPITRE II

Mesures d'exécution contre la propagation des maladies.

Pour permettre de prendre des mesures d'exécution contre la propagation des maladies, le législateur devait tout d'abord décider qu'il serait dressé une liste des maladies contagieuses ; c'est ce qu'il a fait dans l'article 4, où il est dit que la liste des maladies auxquelles la loi est applicable devait être dressée, dans les six mois de la promulgation de la loi, par décret rendu sur le rapport du ministre de l'intérieur, après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Cette liste est révisable dans la même forme.

Comme cela a déjà été indiqué précédemment, l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine a prescrit la confection d'une liste de maladies contagieuses dans le but d'obliger les médecins à déclarer les cas de ces maladies, dont ils ont eu connaissance. Suivant ce texte de loi, la liste était dressée par arrêté du ministre de l'intérieur, tandis que la loi du 15 février 1902 exige un décret du président de la République. La liste a été dressée; elle a reproduit les maladies énumérées dans l'arrêté ministériel du 23 novembre 1893. Le décret du 14 août 1914 a reproduit également les maladies dont il s'agit.

Les mesures édictées par la loi contre la propagation des maladies contagieuses sont au nombre de trois : la déclaration, la vaccination et la désinfection.

1° Déclaration.

La déclaration de tous les cas des maladies visées est obligatoire pour tout docteur en médecine, officier de santé ou sage-femme qui en constate l'existence (art. 5).

L'obligation pour les médecins de faire la déclaration des maladies contagieuses dont ils ont connaissance résulte de l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892.

Le décret du 14 août 1914 décide que tout médecin ou chef de famille, tout logeur ayant eu connaissance d'un cas de l'une des maladies qu'il énumère, doit en faire sans délai la déclaration à la mairie.

Le mode de déclaration consiste dans l'envoi par le médecin d'une carte postale détachée d'un carnet à souche mis gratuitement à la disposition du déclarant ; le médecin n'est pas tenu de signer sa déclaration.

2. — Vaccination.

La vaccination antivariolique est obligatoire au cours de la première année de la vie, ainsi que la revaccination au cours de la onzième et de la vingt et unième année. Les parents ou tuteurs sont tenus personnellement de l'exécution de ladite mesure (art. 6). Les enfants sont revaccinés au moment de leur entrée dans les écoles et les hommes au moment où ils sont appelés sous les drapeaux.

3. — Désinfection.

La désinfection est obligatoire pour tous les cas de maladie visés par les décrets (art. 7).

Cette opération est effectuée de deux manières, en tenant compte de l'importance de la population : dans les villes de 20,000 habitants et au-dessus, il y est procédé par les soins de l'autorité municipale, dans les communes de moins de

20.000 habitants par un service départemental auquel doivent contribuer les communes.

A défaut par les villes et les départements d'organiser les services de la désinfection et les bureaux d'hygiène et d'en assurer le fonctionnement, il y est pourvu par des décrets en forme de règlement d'administration publique (art. 26).

Lorsqu'il y a menace d'épidémie ou que l'épidémie se développe, et si les moyens de défense locaux sont reconnus insuffisants, un décret du président de la République détermine, après avis du Comité consultatif d'hygiène publique de France, les mesures propres à empêcher la propagation de cette épidémie (art. 8).

L'article 9 prescrit des mesures spéciales, lorsque, pendant trois années consécutives, le nombre des décès dans une commune a dépassé le chiffre de la natalité moyenne de la France. Le préfet est alors tenu de procéder à une enquête sur les conditions sanitaires de la commune, enquête qui peut avoir pour résulter d'obliger la commune insalubre de faire exécuter les travaux nécessaires pour l'assainissement.

CHAPITRE III

Mesures relatives aux immeubles.

Les articles 11 à 18 de la loi contiennent un certain nombre de mesures qui concernent la salubrité des habitations.

Il suffira de dire, en renvoyant aux textes, que ces mesures sont de deux sortes : d'une part, des mesures préventives, qui ont pour but d'empêcher la construction de logements insalubres ; d'autre part, des mesures curatives ou répressives, qui ont pour objet l'assainissement des immeubles reconnus dans gereux pour la santé des habitants.

TITRE II

Administration sanitaire.

L'article 31 de la loi du 15 février 1902 a supprimé les conseils départementaux d'hygiène et les conseils d'hygiène d'arrondissement existant antérieurement.

CHAPITRE PREMIER. — ORGANISMES

1. — *Conseils d'hygiène sanitaires départementaux.*

La loi a créé les conseils d'hygiène départementaux qui sont composés chacun de dix membres au moins et de quinze au plus. Chaque conseil d'hygiène départemental doit comprendre deux conseillers généraux élus par leurs collègues, trois médecins, dont un de l'armée de terre ou de mer, un pharmacien, l'ingénieur en chef, un architecte et un vétérinaire. C'est le préfet qui préside le conseil qui nomme dans son sein pour deux ans un vice-président et un secrétaire chargé de rédiger les délibérations du conseil (art. 20).

Le Conseil général statue sur la division du département en circonscriptions sanitaires, et chacune de ces circonscriptions est pourvue d'une commission sanitaire qui est composée de cinq membres au moins et de sept au plus, comprenant nécessairement un conseiller général élu par ses collègues, un médecin, un architecte ou tout autre homme de l'art, et un vétérinaire ; le sous-préfet préside la commission (art. 20).

Les membres du conseil d'hygiène départemental et ceux des commissions sanitaires, à l'exception des conseillers généraux, sont nommés par le préfet pour quatre ans et renouvelés par moitié tous les deux ans; les membres sortants peuvent être renommés (art. 20).

Les conseils d'hygiène départementaux et les commissions sanitaires ne peuvent donner leur avis que si les deux tiers au moins de leurs membres sont présents (art. 20).

En ce qui concerne leurs attributions, les conseils d'hygiène départementaux et les commissions sanitaires doivent être consultés :

1° Sur les objets énumérés à l'article 9 du décret du 18 décembre 1848. Ce sont l'assainissement des localités et des habitations; les mesures à prendre pour prévenir et combattre les maladies endémiques, épidémiques et transmissibles; les épizooties et les maladies des animaux; la propagation de la vaccine; l'organisation de la distribution des secours médicaux aux malades indigents; les moyens d'améliorer les conditions sanitaires des populations industrielles et agricoles; la salubrité des ateliers, écoles, hôpitaux, maisons d'aliénés, établissements de bienfaisance, casernes, arsenaux, prisons, dépôts de mendicité, asiles, etc.; les questions relatives aux enfants trouvés; la qualité des aliments, boissons, condiments et médicaments livrés au commerce; l'amélioration des établissements d'eaux minérales appartenant à l'État, aux départements, aux communes et aux particuliers, et le moyen d'en rendre l'usage accessible aux malades pauvres; la demande en autorisation, translation ou révocation des établissements dangereux, insalubres ou incommodes; les grands travaux d'utilité publique, constructions d'édifices, routes, prisons, casernes, ponts, canaux, réservoirs, fontaines, halles, établissements des marchés, trottoirs, égouts, cimetières, lavoirs, etc., sous le rapport de l'hygiène publique;

2° Sur les objets ajoutés par la loi de 1902, c'est-à-dire sur l'alimentation en eau potable des agglomérations, sur la statistique démographique et la géographie médicale, sur les règlements sanitaires communaux, et généralement sur toutes les questions intéressant la santé publique, dans la limite de leurs circonscriptions respectives.

Le décret du 14 août 1914 a édicté, au point de vue spécial qui nous occupe, des mesures exceptionnelles en vue de prévenir et de combattre la propagation des maladies infectieuses. En voici l'économie :

Chaque département est divisé en circonscriptions sanitaires à la tête de chacune desquelles est un médecin délégué, sous l'autorité du préfet et du délégué départemental dont la création est prévue par l'article 10 du décret.

La déclaration d'un cas de l'une des maladies doit être faite comme on l'a indiqué plus haut.

Cette déclaration est communiquée d'urgence par le maire au délégué de la circonscription sanitaire et au sous-préfet (préfet pour l'arrondissement chef-lieu).

Le délégué apprécie dans chaque cas s'il y a lieu à désinfection, si le malade doit être isolé : si l'isolement peut avoir lieu à domicile, il fixe les conditions et la durée de cet isolement; dans le cas contraire, il ordonne d'office le transport du malade dans un établissement hospitalier.

Suivant les maladies, il prend les mesures nécessaires pour en empêcher la propagation (art. 5, 6 et 7 du décret).

Le délégué de circonscription signale d'urgence au délégué départemental tous les incidents sanitaires importants qui se produisent dans sa circonscription. Il

lui adresse, en outre, périodiquement un état détaillé de ses visites et tournées, ainsi que des mesures générales ou particulières qu'il a prises.

Dans chaque département est nommé un délégué départemental, mais il peut en être nommé plusieurs si l'étendue du département et la difficulté des communications l'exigent. Le délégué départemental a pour mission de concentrer tous les renseignements d'ordre sanitaire, de se tenir en rapport constant avec les délégués des circonscriptions, de veiller à la bonne marche du service, de contrôler l'exécution des mesures prises (art. 10).

Les indemnités allouées aux délégués des circonscriptions et aux délégués départementaux sont fixées par le ministre de l'Intérieur.

Un décret ayant le même objet a été rendu applicable en Algérie. Il porte la date du 13 octobre 1914 (*Journ. off.* 14 octobre 1914).

2. — *Bureau d'hygiène.*

La loi décide qu'il sera institué, sous le nom de bureau d'hygiène, un service municipal chargé, sous l'autorité du maire, de l'application des dispositions de la loi dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus et dans les communes d'au moins 2.000 habitants qui sont le siège d'un établissement thermal (art. 19).

3. — *Service de contrôle et d'inspection.*

Le préfet a la faculté, pour assurer l'exécution de la loi, d'organiser un service de contrôle et d'inspection. Cette organisation ne peut avoir lieu qu'après délibération du Conseil général.

CHAPITRE II. — RÈGLES SPÉCIALES A PARIS ET AU DÉPARTEMENT DE LA SEINE

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE

1. — Le préfet de la Seine et le préfet de police ont chacun des attributions spéciales qui leur sont conférées par la loi de 1902 modifiée par la loi du 7 avril 1903.

Le préfet de la Seine a dans ses attributions tout ce qui concerne la salubrité des habitations et de leurs dépendances, sauf celle des logements loués en garni, la salubrité des voies privées closes ou non à leurs extrémités, le captage et la distribution des eaux, le service de désinfection, de vaccination et de transport des malades. Il nomme une commission des logements insalubres composée de trente membres ainsi que l'indique l'article 22.

Aux termes de l'article 23, modifié par la loi du 7 avril 1903, le préfet de police a, dans ses attributions, à Paris, la surveillance, au point de vue sanitaire, des logements loués en garni, les précautions à prendre pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles visées par la loi, spécialement la réception des déclarations, les contraventions relatives à l'obligation de la vaccination et de la revaccination. Il assure en outre la protection des enfants du premier âge, la police sanitaire des animaux, la police de la médecine et de la pharmacie, le fonctionnement du laboratoire municipal, tant à Paris que dans les communes du département de la Seine, comme l'indique l'article 23, auquel il faut se reporter.

La loi du 7 avril 1903, modifiant l'article 24, décide que le préfet de la Seine et

le préfet de police sont assistés, chacun dans la limite de ses attributions et sous sa présidence, par le conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine. Ce conseil est composé d'un grand nombre de membres, parmi lesquels sont le doyen, le professeur d'hygiène et le professeur de médecine légale de la Faculté de Paris; nous renvoyons d'ailleurs à l'article 24 au sujet de la composition de ce conseil qui remplit les attributions données au conseil d'hygiène départemental par la loi de 1902.

Il faut remarquer que les commissions d'hygiène des arrondissements de Paris continuent à exercer leurs fonctions sous l'autorité et dans les limites conférées par la loi au préfet de police.

En dehors de Paris, les conseils ou commissions d'hygiène dans le département de la Seine exercent les pouvoirs donnés aux commissions d'hygiène de circonscription par la loi, sous l'autorité soit du préfet de la Seine, soit du préfet de police, suivant qu'elles ont à traiter d'affaires ressortissant à l'une ou à l'autre de leurs administrations. Les maires des communes, autres que Paris, exercent les attributions sanitaires sous l'autorité soit du préfet de la Seine, soit du préfet de police, suivant les distinctions faites précédemment.

2. — Le comité consultatif d'hygiène publique, institué par le décret du 10 août 1848 et réorganisé par la loi du 15 février 1902, a été remplacé par le conseil supérieur d'hygiène publique de France, ainsi qu'il résulte des lois des 29 janvier 1906 et 25 novembre 1908 qui ont modifié l'article 25 de la loi de 1902.

L'article 25 nouveau dispose qu'il délibère sur toutes les questions intéressant l'hygiène publique, l'exercice de la médecine et de la pharmacie, les conditions d'exploitation ou de vente des eaux minérales sur lesquelles il est consulté par le gouvernement. Il est nécessairement consulté sur les travaux publics d'assainissement ou d'amenée d'eau d'alimentation des villes de plus de 5,000 habitants et sur le classement des établissements insalubres, dangereux ou incommodes. Il est spécialement chargé du contrôle de la surveillance des eaux captées en dehors des limites de leur département respectif, pour l'alimentation des villes.

Le rôle du Conseil supérieur d'hygiène publique a une importance particulière en cas d'épidémie; il lui appartient de donner des instructions et des conseils pour combattre les maladies de nature à se répandre. C'est ce que le Comité consultatif avait fait en 1884, lors d'une épidémie de choléra.

Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France est composé de membres de droit parmi lesquels sont le doyen de la Faculté de médecine de Paris, le directeur de l'École de pharmacie de Paris, les professeurs d'hygiène des Facultés de médecine de Paris, Lyon, Bordeaux, Lille, Toulouse, Nancy, Montpellier, et des écoles de médecine et de pharmacie de plein exercice d'Alger, Marseille, Nantes et Rennes. Il comprend en outre cinq membres nommés par le Ministre sur une triple liste de présentation dressée par l'Académie des sciences, l'Académie de médecine, le Conseil d'État, la Cour de Cassation, le Conseil supérieur de l'assistance publique de France. D'autres membres sont désignés pour en faire partie : ce sont deux membres, l'un ouvrier, l'autre patron, nommés sur deux listes triples de présentation dressées par le Conseil supérieur du travail, et quinze membres délégués par le Ministre parmi les médecins, hygiénistes, ingénieurs, chimistes, légistes, etc.

TITRE III

Dispositions diverses.

1. — *Dépenses.*

Les dépenses rendues nécessaires par la loi sont obligatoires et sont réparties entre les communes, les départements et l'État. Cependant les dépenses d'organisation du service de la désinfection dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus sont supportées par les villes et par l'État dans des proportions fixées par la loi (art. 26).

2. — *Pénalités.*

Les articles 27, 28 et 29 prévoient des sanctions pour que la loi ne reste pas lettre morte :

1° Quiconque, en dehors des cas prévus par l'article 21 de la loi du 15 novembre 1892, aura commis une contravention aux prescriptions des règlements sanitaires prévus par les articles 1 et 2, ainsi qu'à celles des articles 5, 6, 7, 8 et 14, est puni des peines portées à l'article 471 du Code pénal ;

2° Quiconque, par négligence ou incurie, dégrade des ouvrages publics communaux destinés à recevoir ou à conduire des eaux d'alimentation, quiconque, par négligence ou incurie, laisse introduire des matières excrémentielles, ou toute autre matière susceptible de nuire à la salubrité, dans l'eau des sources, des fontaines, des puits, citernes, conduites, aqueducs, réservoirs d'eau servant à l'alimentation publique, est puni des peines portées aux articles 479 et 480 du Code pénal,

Est interdit sous ces mêmes peines l'abandon de cadavres d'animaux, de débris de boucherie, fumier, matières fécales, et en général de résidus d'animaux putrescibles dans les failles, gouffres, bétoires ou excavations de toute nature autres que les fosses nécessaires au fonctionnement d'établissements classés.

Tout acte volontaire de même nature est puni des peines portées à l'article 257 du Code pénal.

3° Tous ceux qui auront mis obstacle à l'accomplissement des devoire des maires ou des membres délégués des commissions sanitaires sont punis d'une amende de 100 à 500 francs, et en cas de récidive de 500 à 1.000 francs.

L'article 30 de la loi prescrit que l'article 463 du Code pénal, texte qui prévoit les circonstances atténuantes, est applicable dans tous les cas prévus par la loi.

LOIS RELATIVES A LA PROTECTION DES ENFANTS ET A L'ORGANISATION DU RÉGIME DES ALIÉNÉS

1° *Loi du 22 décembre 1874.*
2° *Lois du 27 juin 1904 et du 28 juin 1904.*
3° *Loi du 30 juin 1838.*

Vis-à-vis des enfants, le législateur a pris un certain nombre de mesures de protection. C'est d'abord la loi du 23 décembre 1874 relative à la protection des enfants du premier âge et en particulier des nourrissons; cette loi, qui est dite loi Roussel, du nom de son auteur, a été suivie du décet du 27 février 1877 portant règlement d'administration pour son exécution; elle contient des dispositions concernant les nourrices. C'est ensuite la loi du 27 juin 1904 sur le service des enfants assistés et celle du 28 juin 1904, relative à l'éducation des pupilles de l'Assistance publique, difficiles ou vicieux.

La loi du 30 juin 1838 concerne les aliénés.

LOI

relative à la protection des enfants du premier âge

du 22 décembre 1874.

PRÉLIMINAIRES

Aux termes de l'article premier, le service de la protection des enfants du premier âge s'applique à tout enfant âgé de moins de deux ans qui est placé, moyennant salaire, en nourrice, sevrage ou en garde hors du domicile de ses parents. Cet âge a été déterminé à cause de l'habitude existant dans certaines parties de la France de pousser très loin l'allaitement dans la deuxième année, et aussi par ce fait que les salles d'asile n'acceptaient les enfants qu'à partir de deux ans révolus.

La loi de 1874 comprend deux parties : dans l'une, elle s'occupe des nourrices et de la réglementation des bureaux de nourrices; dans l'autre, elle traite de la surveillance des enfants du premier âge.

CHAPITRE PREMIER

SURVEILLANCE DES ENFANTS DU PREMIER AGE

I. — Comités et commission.

Cette surveillance est confiée au ministre de l'intérieur, aux préfets et aux maires, assistés respectivement d'un comité supérieur, de comités départementaux et de commissions locales. Un service d'inspection médicale est adjoint à cette organisation administrative.

Le comité supérieur, institué près le ministre de l'intérieur, a pour mission de réunir et de coordonner les documents transmis par les comités qui fonctionnent dans chaque département ; il adresse également chaque année au ministre un rapport sur les travaux de ces comités, sur la mortalité des enfants et sur les mesures les plus propres à assurer et à étendre les bienfaits de la loi; il propose, s'il y a lieu, d'accorder des récompenses honorifiques aux personnes qui se sont distinguées par leur dévouement et leurs services.

L'article 3 de la loi dispose en outre que ce comité est composé de sept membres nommés par décret du président de la République; quatre autres membres en font en outre partie de droit. Ce sont : un membre de l'Académie de médecine désigné par cette Académie, les présidents de la Société protectrice de l'enfance de Paris, de la Société de charité maternelle et de la Société des crèches. Les fonctions pour tous les membres sont gratuites.

C'est, aux termes de l'article 4, d'après les documents fournis par le comité supérieur, que le ministre de l'Intérieur publie chaque année une statistique détaillée de la mortalité des enfants du premier âge et adresse un rapport au président de la République. Consulté par le ministre de l'intérieur, le comité supérieur décide dans quels départements il y a lieu d'établir l'inspection médicale dont on va parler (art. 5).

La surveillance, instituée par la loi, est confiée dans le département de la Seine au préfet de police et dans les départements aux préfets. Ils sont chacun assistés d'un comité départemental chargé d'étudier et de proposer les mesures à prendre.

Le comité départemental est composé : 1° de deux membres du Conseil général, désignés par ce Conseil; 2° dans le département de la Seine, du directeur de l'Assistance publique, et dans les autres départements de l'inspecteur du service des enfants assistés; 3° de six membres nommés par le préfet, dont un pris parmi les médecins membres du Conseil départemental de l'hygiène publique, et trois pris parmi les administrateurs des sociétés légalement reconnues qui s'occupent de l'enfance, notamment des sociétés protectrices de l'enfance, des sociétés de charité maternelle, des crèches ou des sociétés de crèches, ou à leur défaut parmi les membres des commissions administratives des hospices et des bureaux de bienfaisance. Leurs fonctions sont gratuites.

Les membres du comité départemental sont nommés pour trois ans et sont indéfiniment rééligibles. Le comité élit son président ; il se réunit au moins une fois par mois et peut être convoqué extraordinairement par son président ou par le préfet soit d'office, soit sur la demande d'un de ses membres.

Le préfet communique au comité départemental les rapports qui lui sont envoyés par les commissions locales et par les médecins inspecteurs, ainsi que le rapport d'ensemble présenté annuellement par l'inspecteur départemental.

Les commissions locales sont constituées dans chaque département par arrêté

du préfet après avis du comité départemental dans les parties du département où l'utilité en est reconnue. Elles ont pour but de concourir à l'application des mesures de protection des enfants et de surveillance des nourrices et gardeuses d'enfants (art. 2 et 3 du décret de 1877).

C'est l'arrêté préfectoral qui fixe le nombre des membres de la commission. Le maire est de droit président de cette dernière. Comme précédemment les fonctions sont gratuites.

Outre les membres nommés par le préfet, la commission comprend deux mères de famille, le curé et, dans les communes où siège un conseil presbytéral ou un consistoire israélite, un délégué de chacun de ces conseils.

Le médecin inspecteur est convoqué aux séances des commissions de sa circonscription ; il n'a que voix consultative.

La commission se réunit au moins une fois par mois ; elle peut être convoquée extraordinairement par le maire, soit d'office, soit sur la demande d'un des membres de la commission ou du médecin inspecteur. Les séances se tiennent à la mairie. (Art. 5 du décret.)

La commission répartit entre ses membres la surveillance des enfants à visiter au domicile de la nourrice, sevreuse ou gardeuse. Chaque membre doit rendre compte à la commission des faits qu'il a constatés dans ses visites.

Si la commission juge que la vie ou la santé d'un enfant est compromise, elle peut, après avoir mis en demeure les parents et pris l'avis du médecin inspecteur, retirer l'enfant à la nourrice, sevreuse ou gardeuse, et le placer provisoirement chez une autre personne. Elle doit, dans les vingt-quatre heures, rendre compte de sa décision au préfet et prévenir de nouveau les parents. En cas de péril imminent, le président de la commission prend d'urgence et provisoirement les mesures nécessaires; il doit, dans les vingt-quatre heures, informer la commission locale, le médecin inspecteur et le préfet, et avertir les parents. (Art. 7 du décret.) Les mesures prises par les autorités locales sont provisoires ; c'est le préfet qui statue.

Dans les communes où il n'a pas été institué de commission locale, le maire exerce les pouvoirs conférés aux commissions.

A Paris et à Lyon, il y a, dans chaque arrondissement, une commission présidée par le maire. Il peut être adjoint à ces commissions des visiteurs rétribués. (Art. 4.)

2. — *Inspection médicale.*

Aux termes de l'article 5 de la loi de 1874, dans les départements où l'utilité d'établir une inspection médicale des enfants en nourrice, en sevrage ou en garde, est reconnue par le ministre de l'Intérieur, le comité supérieur consulté, un ou plusieurs médecins sont chargés de cette inspection. La nomination de ce ou ces inspecteurs appartient aux préfets.

Lorsque le maire a averti le médecin inspecteur qu'un enfant est placé dans sa commune, ce dernier doit se transporter au domicile de la nourrice, sevreuse ou gardeuse, pour y voir l'enfant, dans la huitaine de la réception de l'avis du maire. (Art. 10 du décret de 1877.) Il doit même continuer à visiter l'enfant au moins une fois par mois et toutes les fois que le maire le lui demande. (Art. 10 du décret de 1877.)

L'article 14 prescrit que, dès que le maire apprend qu'un enfant placé en nourrice ou en garde dans la commune est malade et manque de soins médicaux, il prévient le médecin inspecteur de sa circonscription ; et, si celui-ci est empêché,

il requiert le médecin le moins éloigné de la résidence de l'enfant. Ce dernier doit, si l'enfant succombe, mentionner les causes du décès dans un bulletin spécial qui doit être remis au maire.

Après chaque visite, le médecin inspecteur vise le carnet délivré à la nourrice, sevreuse ou gardeuse, et il y inscrit ses observations. Il transmet au maire un bulletin indiquant la date, les résultats de sa visite. Ce bulletin est communiqué à la commission locale. En cas de décès de l'enfant, il mentionne sur le bulletin la date et les causes du décès. (Art. 11 du décret.)

Si le médecin reconnaît, soit chez l'enfant, soit chez la nourrice, les symptômes d'une maladie contagieuse, il constate l'état de l'enfant et celui de la nourrice, et il peut faire cesser l'allaitement naturel. Dans ce cas, ainsi que dans celui où il constate une grossesse, il informe le maire, qui doit aviser les parents et prévenir la commission locale, qui prend telle mesure que de droit (Art. 15).

Aux termes de l'article 12 du décret, le médecin inspecteur rend compte immédiatement au maire et au préfet des faits qu'il aurait constatés dans ses visites et qui mériteraient leur attention. Il doit chaque année adresser un rapport sur l'état général de sa circonscription au préfet.

L'article 40 dispose que le médecin inspecteur doit tenir à jour un livre sur lequel il inscrit les nourrices, sevreuses ou gardeuses et les enfants qui leur sont confiés. Ce livre mentionne dans des colonnes spéciales : 1° les noms, prénoms, professions et adresses des nourrices, sevreuses ou gardeuses; 2° la date des deux certificats et du carnet; 3° les noms, prénoms, sexe, état civil de l'enfant, ainsi que le lieu et la date de naissance; 4° la date de son placement; 5° la date et le motif des visites du médecin étranger au service, qui aurait été appelé par la nourrice, ainsi que la date et le résultat de ses visites personnelles; 6° la date et les causes du retrait de l'enfant ou du décès, s'il a eu lieu chez la nourrice; 7° les observations concernant l'enfant et la nourrice, sevreuse ou gardeuse.

Le médecin inspecteur qui simule des visites fictives d'enfants, pour en toucher frauduleusement le prix, et qui se fait remettre par l'administration des sommes d'argent, se rend coupable de concussion et est passible de la cour d'assises. (Cass., 8 juin 1888, S. 89, 1, 91.)

Au-dessus des médecins inspecteurs, l'inspecteur du service des enfants assistés est chargé, sous l'autorité du préfet, de centraliser tous les documents relatifs à la surveillance instituée par la loi.

Les médecins inspecteurs reçoivent des émoluments; leurs honoraires sont fixés par le ministre sur la proposition du préfet, après avis du conseil général (art. 15).

Le refus de recevoir la visite du médecin inspecteur, comme du reste celle du maire ou de toutes autres personnes déléguées ou autorisées en vertu de la loi, est puni d'une amende de 5 à 15 francs. Si le refus est accompagné d'injures ou de violences, un emprisonnement de un à cinq jours peut être prononcé. (Art. 6 de la loi de 1874.)

CHAPITRE II

DISPOSITIONS CONCERNANT LES NOURRICES

1. — *Nourrices prenant des enfants chez elles.*

1. — L'article 26 du décret du 27 février 1877 pose en principe qu'une femme n'a le droit d'allaiter que son propre nourrisson, à moins d'une autorisation spéciale

et écrite donnée par le médecin inspecteur ou, s'il n'existe pas de médecin inspecteur dans le canton, par un docteur en médecine ou par un officier de santé.

C'est la résidence de la nourrice qui détermine la compétence du médecin chargé de donner cette autorisation; cependant la nourrice peut également se faire visiter dans la commune où elle veut prendre l'enfant (art. 29).

Le médecin consulté doit rédiger un certificat qui atteste : 1° que la nourrice remplit les conditions désirables pour élever un nourrisson; 2° qu'elle n'a ni infirmités, ni maladies contagieuses et qu'elle est vaccinée. Ce certificat doit être légalisé et visé par le maire (art. 29).

Outre ce certificat médical, le décret de 1877 exige un certificat administratif qui émane du maire de la commune où réside la nourrice et qui doit être revêtu du sceau de la mairie. Il contient : 1° les nom, prénoms, signalement et profession de la nourrice, date et lieu de naissance; 2° l'état civil de la nourrice, nom, prénoms et profession de son mari; 3° la date de la naissance de son dernier enfant et si cet enfant est vivant. Ce certificat indique, de plus, si le mari a donné son consentement, si la nourrice a une bonne conduite, si elle a des moyens d'existence suffisants, si son appartement est suffisant, salubre et propre. Il doit constater enfin que la nourrice a déclaré posséder un berceau et un garde-feu (art. 28).

L'article 28 fait une obligation au maire de demander à la nourrice si elle a déjà élevé un ou plusieurs enfants moyennant salaire, ainsi que l'époque à laquelle elle a été chargée de ces enfants, la date et la cause des retraits si elle est restée munie de carnets dont il va être question. Les réponses de la nourrice sont mentionnées au certificat.

L'article 8 de la loi du 22 décembre 1874 punit toute déclaration ou énonciation reconnue fausse, faite par le certificateur, des peines portées au paragraphe premier de l'article 155 du code pénal, c'est-à-dire d'un emprisonnement d'un mois à six mois.

Le certificat du médecin et celui du maire sont transcrits textuellement sur un carnet spécial, délivré gratuitement à Paris par le préfet de police, à Lyon par le préfet du Rhône et dans les autres communes par le maire (art. 30).

La nourrice obtient le carnet soit dans la commune où elle réside, soit dans celle où elle vient chercher l'enfant. Elle doit se pourvoir d'un carnet nouveau chaque fois qu'elle prend un nouveau nourrisson.

Ce carnet, sur lequel sont transcrits les deux certificats, doit contenir : 1° l'extrait de l'acte de naissance de l'enfant, s'il est baptisé, la date et le lieu de son baptême, les noms, profession et demeure des parents ou des ayants droit à défaut de parents connus; 2° la composition de la layette remise à la nourrice; 3° les dates de paiement des salaires; 4° le certificat de vaccination; 5° les dates des visites du médecin inspecteur et des membres de la commission locale, avec leurs observations. Il reproduit également le texte des articles du code pénal, du règlement d'administration publique et du règlement particulier fait dans chaque département par le préfet en exécution de l'article 12 de la loi du 22 décembre 1874; des notions élémentaires d'hygiène sont enfin indiquées.

Indépendamment de ces formalités, la loi de 1874 prescrit :

a) Aux personnes qui placent l'enfant en nourrice d'en faire la déclaration à la mairie de la commune où a été faite la déclaration de naissance ou à la mairie de la résidence actuelle, en indiquant dans ce cas le lieu de la naissance de l'enfant. L'accomplissement de cette formalité doit être mentionnée sur le carnet (art. 7);

b) A la nourrice de faire à la mairie de son domicile, dans les trois jours de l'arrivée de l'enfant, une déclaration avec remise d'un bulletin mentionnant les formalités précédentes ; de faire, en cas de changement de résidence, une nouvelle déclaration à la mairie de sa nouvelle résidence ; de déclarer, dans le délai de trois jours, le retrait de l'enfant par ses parents ou la remise de l'enfant à une autre personne ; en cas de décès de l'enfant, de le déclarer dans les vingt-quatre heures (art. 9).

Cette double déclaration doit être faite sous les peines portées en l'article 346 du code pénal.

Il est ouvert dans les mairies un registre spécial pour recevoir ces déclarations.

2. — La nourrice ne peut, sous aucun prétexte, se décharger même temporairement du soin d'élever l'enfant qui lui a été confié, à moins d'une autorisation écrite donnée par les parents ou par le maire après avis du médecin inspecteur (art. 33). Si elle veut rendre l'enfant confié à ses soins avant qu'il lui soit réclamé, elle doit en prévenir le maire (art. 34).

Si l'enfant n'a pas été vacciné, elle doit le faire vacciner dans les trois mois du jour où il lui a été confié (art. 32).

3. — En dehors des pénalités spécifiées, toute infraction aux dispositions de la loi de 1874 et des règlements d'administration publique qui s'y rattachent est punie, aux termes de l'article 13 de la loi de 1874, d'une amende de 5 à 15 francs, sous réserve de circonstances atténuantes ou de récidive.

Par contre, les nourrices qui, en raison des bons soins qu'elles donnent aux enfants qui leur sont confiés, mériteraient une mention spéciale, sont signalées au préfet dans un rapport annuel dressé par la commission locale. Une circulaire du 14 juin 1880 a déterminé les récompenses à donner ; elles consistent dans des mentions honorables, des médailles, des allocations de sommes de 5 à 50 francs.

4. — Les mois des nourrices dus par les parents ou par toute autre personne font partie, suivant la disposition contenue dans l'article 14 de la loi de 1874, des créances privilégiées et prennent rang entre les numéros 3 et 4 de l'article 2101 du Code pénal.

Les actions relatives au paiement des nourrices sont généralement portées devant le juge de paix.

Une nourrice à qui les parents de l'enfant dont elle est chargée devraient tout ou partie du salaire promis ne pourrait, quelle que soit l'importance de la somme due, être admise à conserver l'enfant jusqu'au complet paiement. Il en serait ainsi même, si les parents ayant disparu pendant quelques années, la nourrice avait continué par affection à se charger des frais d'entretien et d'éducation de l'enfant.

En ce qui concerne les nourrices chez lesquelles les administrateurs d'hospices placent les enfants trouvés et abandonnés, elles sont soumises à des obligations et à des droits spécialement déterminés par la loi.

2. — *Personnes prenant des nourrices chez elles.*

Toutes les formalités qui viennent d'être indiquées n'existent pas pour les nourrices qui se placent chez des particuliers.

Il leur suffit d'un certificat du maire de leur résidence, indiquant si leur dernier enfant est vivant et constatant qu'il est âgé de sept mois révolus, ou s'il n'a pas atteint cet âge, qu'il est allaité par une autre femme remplissant les conditions ordinaires (art. 8).

3. — *Bureaux de nourrices.*

Aux termes de l'article 11 de la loi du 23 décembre 1874, nul ne peut ouvrir ou diriger un bureau de nourrices, ni exercer la profession d'intermédiaire pour le placement des enfants en nourrice, sans en avoir obtenu l'autorisation préalable du préfet de police dans le département de la Seine, ou du préfet dans les autres départements. La demande doit faire connaître les départements dans lesquels le pétitionnaire se propose de prendre ou de placer des enfants. (Article 35 décret de 1877.)

Les conditions nécessaires pour obtenir l'autorisation doivent être affichées dans l'intérieur des bureaux, ainsi que les prescriptions légales et réglementaires imposées aux directeurs de bureaux de même qu'aux meneurs et aux meneuses.

La personne qui ouvrirait un bureau sans autorisation est punie des peines portées en l'article 11 de la loi de 1874.

LOI
sur le service des enfants assistés
du 27 juin 1904

et

LOI
relative à l'éducation des pupilles de l'assistance publique, difficiles ou vicieux
du 28 juin 1904.

PRÉLIMINAIRES

Sous la Révolution, la législation des enfants assistés comprenait, d'une part, la loi du 15 pluviôse an XIII, relative à la tutelle des enfants admis dans les hospices, et, d'autre part, le décret du 19 janvier 1811, concernant les enfants trouvés ou abandonnés, ainsi que les orphelins pauvres.

Ces textes apparurent rapidement comme surannés. En dehors de la loi du 24 juillet 1889 concernant les enfants maltraités et moralement abandonnés, il n'y eut pas de texte légal s'occupant de l'assistance publique de l'enfance avant 1904.

Aux lacunes de la législation, le gouvernement avait suppléé au moyen d'instructions ministérielles qui constituaient une jurisprudence administrative adaptée aux nécessités de la vie moderne et aux devoirs sociaux. Mais son application était loin d'être uniforme ; cette uniformité ne pouvait provenir que de la loi.

C'est ainsi qu'après de longues études préparatoires fut votée la loi du 27 juin 1904, qui est un véritable code de l'assistance accordée aux enfants. Et, en même temps que cette loi organique, intervenait une autre loi très importante qui en est le complément et le corollaire : c'est la loi du 28 juin 1904, relative à l'éducation des pupilles de l'assistance publique, difficiles ou vicieux.

Des modifications ou des additions ont été faites par des lois postérieures :

l'article 44 de la loi de finances du 22 avril 1905 a élargi les dispositions des articles 3 et 7 de la loi du 27 juin 1904, et les articles 13, 14 et 15 ont été à leur tour modifiés par une loi du 18 décembre 1906.

La règle légale est que les enfants âgés de moins de seize ans sont seuls admis à l'assistance publique. Ce n'est qu'à titre exceptionnel que l'assistance est possible jusqu'à vingt-un ans.

L'assistance publique des mineurs constitue un service départemental; c'est par département qu'au point de vue administratif et financier fonctionne sa gestion.

L'autorité publique manifeste son assistance de trois manières, suivant les cas :

1° Par sa surveillance;

2° Par sa protection;

3° Par sa tutelle.

La surveillance de l'autorité publique s'exerce envers les enfants qui, par application de la loi du 24 juillet 1889, ont été confiés à des particuliers ou à des associations de bienfaisance. Les deux lois du 27 et du 28 juin ne s'en occupent pas.

Il importe cependant de donner quelques indications à cet égard. La loi du 24 juillet 1889 a créé une catégorie particulière d'enfants protégés, celle des enfants maltraités ou moralement abandonnés; ils peuvent être recueillis par une association de bienfaisance régulièrement organisée ou un particulier jouissant de ses droits civils, soit sur la demande des parents ou du tuteur, soit en dehors d'eux.

Le décret du 12 avril 1907 a déterminé les détails de cette surveillance, qui a pour but de constater notamment que l'enfant est placé dans de bonnes conditions d'hygiène et de moralité, qu'il est convenablement soigné en cas de maladie, qu'il reçoit l'instruction primaire obligatoire. C'est le préfet qui est chargé de la surveillance de l'enfant; il peut, lorsqu'il y a lieu de procéder à des vérifications sur des points déterminés, déléguer, mais à titre exceptionnel, des personnes qui lui paraissent désignées par leurs aptitudes ou leurs connaissances spéciales.

CHAPITRE PREMIER

ENFANTS PLACÉS SOUS LA PROTECTION DE L'AUTORITÉ PUBLIQUE

La loi du 27 juin 1904 a, par ses articles 2 et suivants, mis sous la protection de l'autorité publique : les enfants dits *secourus*, les enfants dits *en dépôt* et les enfants dits *en garde*.

1. — *Enfants secourus.*

Aux termes de l'article 3, modifié par la loi de finances du 22 avril 1905, art. 44, l'enfant dit *secouru* est celui que son père, sa mère ou ses ascendants ne peuvent nourrir ni élever, faute de ressources, et pour lequel est accordé le secours temporaire, institué en vue de prévenir son abandon.

La formule comprend tous les enfants, aussi bien les enfants légitimes que les enfants naturels. Le principe de la loi est que le secours doit être accordé dans tous les cas où l'absence de secours mettrait en péril la vie d'un enfant.

Ce qui caractérise la situation de l'enfant secouru, c'est qu'il est assisté à domicile, et par conséquent laissé à ses parents. Ceux-ci touchent le secours temporaire et peuvent, comme l'indique la circulaire du ministre de l'Intérieur du 15 juillet 1904, soit garder l'enfant chez eux, soit le mettre en nourrice; l'enfant

est l'objet d'une surveillance de la part des inspecteurs et des sous-inspecteurs de l'assistance publique. Suivant la circulaire qui vient d'être citée, les enfants sont admis à bénéficier de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, s'ils sont dans le cas de recevoir cette assistance.

Les secours temporaires constituent une dépense obligatoire pour les départements (art. 55, § 2, et art. 56) ; ils sont supportés par l'État, les départements et les communes, dans la proportion indiquée par l'article 45 de la loi du 27 juin 1904.

C'est le conseil général qui règle le mode, la quotité, la périodicité et la durée des secours temporaires ; et c'est le préfet, sur la proposition de l'inspecteur départemental, qui les accorde et qui les supprime. Aux termes de l'article 40, les contestations sont jugées par le ministre de l'Intérieur, sauf recours au Conseil d'État.

Le secours accordé a pour but de permettre que l'enfant soit gardé et nourri ou bien placé en nourrice ; il peut, d'ailleurs, être mandaté au nom de la nourrice (art. 7, §§ 1 et 2).

Il peut être suspendu, réduit ou supprimé dans deux hypothèses : d'une part si le père, la mère ou les ascendants cessent d'être indigents ; et, d'autre part, s'ils cessent de donner ou de faire donner à l'enfant les soins nécessaires. Il peut être maintenu lors même que le père, la mère ou les ascendants n'habitent plus le département (art. 7, § 4).

En vue d'encourager la régularisation de la situation des enfants, la mère qui, pendant la durée du secours, contracte un mariage et légitime son enfant, peut recevoir une allocation accessoire dite *prime de légitimation*, dont le montant est déterminé par le conseil général.

Les secours temporaires et la prime éventuelle de légitimation sont incessibles et insaisissables (art. 52).

2. — *Enfants en dépôt.*

L'article 4 dispose que l'enfant *en dépôt* est celui qui, laissé sans protection ni moyens d'existence, par suite de l'hospitalisation ou de la détention de ses père, mère ou ascendants, est recueilli temporairement dans le service des enfants assistés.

Alors même que l'un des père, mère ou ascendants resterait au logis, la protection de l'assistance publique doit intervenir, si la situation des enfants est nécessiteuse. Il faut remarquer que les parents des enfants en dépôt restent investis non seulement de tous les droit de la puissance paternelle, mais aussi de la tutelle.

L'assistance donnée aux enfants en dépôt a un caractère essentiellement provisoire ; elle est limitée par les circonstances, prenant fin dès que les faits qui l'ont motivée viennent à cesser, c'est-à-dire par la guérison ou la libération des parents. Elle pourrait également cesser par un acte de la volonté des parents, si ceux-ci trouvaient et prescrivaient, pour leurs enfants, un autre placement (Circ. min. int., 15 juillet 1904).

3. — *Enfants en garde.*

Aux termes de l'article 5, l'enfant *en garde* est celui dont la garde a été confiée, par les tribunaux, à l'assistance publique, en exécution des articles 4 et 5 de la loi du 19 avril 1898.

Les articles 4 et 5 de la loi du 19 avril 1898, sur la répression des violences envers les enfants, autorisent les juges d'instruction, à confier, à titre définitif, à des particuliers ou à des institutions charitables les enfants *victimes* de délits ou

de crimes, ainsi que les enfants *auteurs* de délits ou de crimes. Les cours, les tribunaux et les juges d'instruction peuvent également, d'après les mêmes textes, confier, dans les mêmes conditions, à l'assistance publique, les deux mêmes catégories d'enfants. En ce cas, l'assistance publique exerce envers ces enfants le droit de garde, qui comporte l'obligation pour elle de placer les enfants dont il s'agit, comme ses pupilles, soit dans les familles, s'il est possible, soit, s'ils sont impropres au placement familial, dans les établissements spéciaux où ils pourront recevoir une éducation appropriée à leur situation morale. (Circ. min. intérieur du 15 juillet 1904 et du 20 juillet 1904.)

Au point de vue de la dépense occasionnée par les enfants en garde, les enfants *victimes* de délits ou de crimes sont seuls à la charge du service des enfants assistés (art. 5, § 1er). Les enfants *auteurs* de délits ou de crimes sont, après la décision définitive de la juridiction de jugement, à la charge exclusive de l'administration pénitentiaire (art. 5, § 2).

CHAPITRE II

ENFANTS PLACÉS SOUS LA TUTELLE DE L'AUTORITÉ PUBLIQUE

1. — *Pupilles de l'assistance publique.*

La loi du 27 juin 1904 a, par ses articles 2, 6, 8 et suivants, mis sous la tutelle de l'autorité publique, représentée par l'assistance publique, certaines catégories dits « pupilles de l'assistance publique ».

La loi de 1904 englobe sous cette expression ; 1° les enfants trouvés ; 2° les enfants abandonnés ; 3° les orphelins pauvres, et 4° les enfants maltraités, délaissés ou moralement abandonnés (art. 2, n° 3, et art. 6).

L'enfant trouvé est celui qui, né de père et mère inconnus, a été trouvé dans un lieu quelconque ou porté dans un établissement dépositaire (art. 6, n° 1).

L'enfant abandonné est celui qui, né de père ou de mère connu, en est délaissé, sans qu'on puisse recourir à eux ou à leurs ascendants (art. 6, n° 2).

L'orphelin pauvre est l'enfant qui, n'ayant ni père, ni mère, ni ascendants auxquels on puisse recourir, n'a aucun moyen d'existence (art. 6, n° 3).

Enfin les enfants maltraités, délaissés ou moralement abandonnés sont, d'une part, ceux dont les parents ont été déclarés déchus de la puissance paternelle, en vertu du titre premier de la loi du 24 juillet 1889 et qui, si le tribunal n'a pas constitué une tutelle dative, sont placés, par application de l'article 11 de cette loi, sous la tutelle de l'assistance publique (art. 6, n° 4), et, d'autre part, les enfants qui ont été recueillis par l'assistance publique dans les conditions prévues au titre II de cette même loi.

2. — *Conditions de l'admission à l'assistance.*

Dans chaque département, le préfet désigne, après avis conforme du Conseil général, l'établissement ou les établissements où seront reçus les enfants abandonnés et qui sont appelés « établissements dépositaires » (art. 8, § 1er).

Dans ces établissements, les personnes préposées aux admissions des enfants sont nommées par le préfet, sur la proposition de l'inspecteur départemental ; lorsque l'établissement dépositaire est un hospice, ces personnes doivent être, au préalable, agréées par la commission administrative (art. 10).

L'admission de l'enfant peut avoir lieu sur demande écrite, adressée au préfet

(art. 8, § 3). Elle a lieu sur présentation directe de l'enfant à l'établissement dépositaire : là, la présentation de l'enfant, en vue de son abandon, se fait dans un local ouvert de jour et de nuit et sans autre témoin que la personne préposée au service d'admission (art. 8, § 2). La personne qui est de service déclare à celle qui présente l'enfant que la mère, si elle garde l'enfant, peut recevoir les secours prévus à l'article 7, et notamment un secours de premier besoin qui est alloué immédiatement ; elle signale les conséquences de l'abandon, telles qu'elles résultent de l'article 22.

Pour les enfants de moins de sept mois, l'abandon a lieu à bureau ouvert, à bureau secret ; si l'enfant paraît âgé de moins de sept mois et si la personne qui le présente refuse, comme elle en a le droit, de faire connaître le nom de l'enfant, le lieu de sa naissance, la date de sa naissance, ou de fournir l'une de ces trois indications, acte est pris du refus, et l'admission est prononcée sans qu'aucune enquête administrative soit faite. Sur les personnes ayant abandonné un enfant de moins de sept mois sans répondre aux questions, aucune indication quelconque ne doit être donnée à qui que ce soit. Les enfants ainsi admis sont dits « enfants reçus à bureau secret ».

Pour les enfants au-dessus de sept mois, l'admission est subordonnée à une décision du préfet, rendue après enquête : si l'enfant paraît âgé de plus de sept mois et si les secours proposés n'ont pas été acceptés, la personne préposée aux admissions transmet immédiatement au préfet, avec son avis, les pièces et les renseignements produits à l'appui de la demande ; toutefois elle peut recueillir provisoirement l'enfant si elle juge qu'il s'agit d'un « enfant abandonné » ou d'un « orphelin pauvre », et qu'on ne pourrait attendre sans péril la décision du préfet (art. 9, § 3).

Les contestations relatives à l'admission des enfants sont réglées par le ministre de l'Intérieur, sauf recours au Conseil d'État (art. 40).

3. — *Tutelle des pupilles de l'assistance publique.*

La tutelle des pupilles de l'assistance publique est exercée dans le département de la Seine par le directeur de l'administration générale de l'assistance publique de Paris, dans les autres départements par le préfet ou, en vertu d'une délégation du préfet, par l'inspecteur départemental (art. 11).

Le tuteur est assisté d'un conseil de famille composé de sept membres élus par le Conseil général et où la présence d'un juge de paix est possible, mais non nécessaire. Les membres de ce conseil de famille sont renouvelés tous les quatre ans (art. 12). Les attributions du tuteur et du conseil de famille sont celles que détermine le Code civil, réserve faite des fonctions conférées au trésorier-payeur général et au receveur de l'assistance publique de Paris, en ce qui concerne la gestion des deniers pupillaires (art. 13 modifié par la loi du 18 décembre 1906) ; ces attributions comprennent notamment le droit de donner ou de refuser le consentement au mariage, à l'émancipation, à l'engagement militaire. Il n'y a pas de subrogé tuteur. La gestion des deniers pupillaires est confiée au trésorier-payeur général ; elle est dévolue dans le département de la Seine au receveur de l'assistance publique de Paris (art. 15 modifié par la loi du 18 décembre 1906).

Les fonds qui appartiennent aux pupilles sont placés soit à la caisse nationale d'épargne, soit aux caisses d'épargne ordinaires, soit en rentes sur l'État (art. 15).

Sur les revenus des biens et capitaux appartenant au pupille, le département a, en principe, le droit de jouissance légale que le père possède sur le revenu des biens de ses enfants. A la fin de la tutelle le comptable public chargé de la gestion

des deniers pupillaires établit les comptes de tutelle; ceux-ci sont approuvés par le conseil de famille (art. 16, § 2).

Conformément à la règle posée par l'article 478 du Code civil pour les mineurs restés sans père ni mère, les pupilles peuvent être émancipés.

Les parents qui ont abandonné leur enfant peuvent demander qu'il leur soit remis. Cette remise peut être accordée, si le tuteur estime, après avis du conseil de famille, que les parents offrent, notamment au point de vue moral, des garanties suffisantes (art. 14 modifié par la loi du 18 décembre 1906). L'administration peut d'ailleurs autoriser, après avis du conseil de famille, des remises d'essai durant lesquelles sa surveillances continuera à s'exercer pendant un an au moins (art. 17). Les parents qui reprennent l'enfant sont, en principe, dans l'obligation de rembourser la dépense faite pour son entretien.

La loi du 27 juin 1904 a tenu à favoriser la tutelle officieuse des pupilles de l'assistance. Pour qu'un particulier puisse devenir tuteur officieux, il faut d'une part que, préalablement à sa demande de tutelle officieuse, il ait eu soin de l'enfant pendant trois ans et à titre gratuit, et d'autre part qu'il y ait consentement du conseil de famille.

4. — *Placement, éducation et surveillance.*

1. — Le pupille doit tout d'abord entrer dans un établissement dépositaire; il n'y reste en principe que le temps nécessaire pour le placer, mais il y est maintenu si son état de santé l'exige.

Le lieu de placement du pupille reste secret (art. 22); il a paru juste que ceux qui abdiquent les devoirs de famille n'en goûtent pas les joies. Cependant le secret peut être levé sur décision du préfet, prise dans l'intérêt de l'enfant. La mère et la personne qui ont présenté l'enfant peuvent être renseignées à des époques fixes sur l'existence ou la mort de l'enfant.

La surveillance est faite sur place, à domicile; elle est exercée par les inspecteurs et sous-inspecteurs de l'assistance (art. 27).

2. — Les enfants en bas âge sont confiés à des nourrices (art. 23).

Un pupille âgé de moins de sept mois ne peut être confié, aux termes de l'article 24, à une nourrice dont le dernier enfant n'a pas sept mois révolus. On ne doit pas confier à une nourrice un pupille, pour être élevé au sein, lorsque l'enfant de celle-ci a encore un besoin impérieux du lait de sa mère; et c'est à partir de sept mois que l'enfant de la nourrice et qu'un pupille de l'assistance, élevés simultanément, peuvent sans trop d'inconvénients être soumis, l'un et l'autre, à l'allaitement mixte, au biberon et au sein. (Circ. min. intérieur du 15 juillet 1904).

La rétribution de la nourrice comprend :

1° Un salaire fixe;

2° Une allocation mensuelle, dite « prime de survie ».

Cette prime constitue pour la nourrice un droit. Elle est acquise lorsque l'enfant a quinze mois révolus, c'est-à-dire lorsqu'il a dépassé la période la plus critique de son existence; elle est proportionnelle au nombre de mois pendant lesquels la nourrice a gardé l'enfant (art. 23 § 2).

Un tableau annexé à la loi de finances détermine, par zone, le tarif minimum des salaires de nourrice et des primes de survie; ce tableau est dressé après enquête et avis des conseils généraux. Il est révisé tous les cinq ans (art. 55, § 1er).

Les salaires de nourrice, de même que les primes de survie, sont incessibles et insaisissables.

Constituent une dépense obligatoire pour les départements les salaires des nourrices, les primes de survie, ainsi que les fourniture de layettes; d'autre part, parmi les dépenses réglementaires du service des enfants assistés sont prévus les frais de déplacement des nourrices et même les frais relatifs à l'engagement des nourrices (art. 46. n° 7).

3. — L'éducation des pupilles est différente, suivant qu'il s'agit de pupilles dont la nature n'est point perverse ou rebelle ou bien de pupilles difficiles ou vicieux.

En ce qui concerne le premier cas, les pupilles âgés de moins de treize ans sont confiés à des familles habitant la campagne. Le nourricier est tenu à certaines obligations et reçoit un prix de pension, indiqué dans un tableau annexé à la loi de finances; le pupille dont la pension n'est plus payée est mis en apprentissage (art. 26, § 2), dans les professions agricoles de préférence. Un contrat écrit détermine les conditions du placements du pupille.

En ce qui concerne le second cas, les pupilles considérés comme difficiles sont ceux qui manifestent de l'indiscipline ou des défauts de caractère, tels que la paresse; la loi du 28 juin 1904 a prescrit, pour les y placer, l'organisation d'établissements particuliers, — écoles de réforme ou de préservation, maisons d'éducation préventive — auxquels elle a donné le nom d'écoles professionnelles. Les pupilles considérés comme vicieux sont ceux qui ont donné des sujets de mécontentement très graves, par des actes d'immoralité, de violence ou de cruauté; ils sont placés dans des établissements pénitentiaires. (Loi du 28 juin 1904, art. 2.)

LOI

sur les aliénés

du 30 juin 1838.

CHAPITRE PREMIER

RÉGIME DES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

1. — *Organisation.*

Les établissements d'aliénés sont de deux sortes : les asiles publics et les maisons privées.

Aux termes de l'article 1er de la loi du 30 juin 1838, chaque département est tenu d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et à soigner les aliénés, ou de traiter à cet effet avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département. Ces établissements publics sont placés sous la direction de l'autorité publique et administrés, sous l'autorité du ministre de l'Intérieur et des préfets et sous la surveillance de commissions gratuites, par un directeur responsable.

Les établissements privés sont ceux qui sont dirigés par des particuliers auxquels ils appartiennent. Ils comprennent les maisons de santé qui ne reçoivent que des pensionnaires et les établissements dénommés « asiles privés » faisant fonction d'asiles publics qui reçoivent, en outre, en vertu de traités, les aliénés à la charge d'un ou plusieurs départements en exécution de l'article 1er de la loi de 1838.

Nul ne peut diriger ni former un établissement consacré aux aliénés sans autorisation du gouvernement, ainsi que le prescrit l'article 5 de la loi; cette autorisation est donnée par le préfet. Celui qui veut obtenir cette autorisation doit justifier : qu'il est majeur et exerce ses droits civils; qu'il est de bonnes vie et mœurs, ce qui est établi par un certificat délivré par le maire de la commune ou de chaque commune où il a résidé depuis trois ans; enfin qu'il est docteur en médecine. S'il n'est pas docteur en médecine, il doit produire l'engagement d'un médecin qui se charge du service médical de la maison et déclare se soumettre aux obligations spécialement imposées sous ce rapport par les lois et les règlements.

D'autre part, pour pouvoir ouvrir un asile privé, le directeur doit justifier que l'établissement n'offre aucune cause d'insalubrité, tant au dedans qu'au dehors; qu'il peut être alimenté en tout temps d'eau de bonne qualité et en quantité suffisante; que, par la disposition des locaux, il permet de séparer complètement les sexes, l'enfance et l'âge mûr, d'établir un classement régulier entre les convalescents, les malades paisibles et ceux qui sont agités; que l'établissement contient des locaux particuliers pour les aliénés atteints de maladies accidentelles et pour ceux qui ont des habitudes de malpropreté; enfin que toutes les précautions ont été prises, soit dans les constructions, soit dans la fixation du nombre des gardiens pour assurer le service de l'établissement.

Tout directeur d'un asile privé doit, avant d'entrer en fonctions, fournir un cautionnement dont le montant est déterminé par l'ordonnance d'autorisation (art. 24 de l'ordonnance du 18 décembre 1839); ce cautionnement doit être suffisant pour faire face aux dépenses ordinaires de l'asile pendant un mois. Il est versé en espèces à la Caisse des dépôts et consignations.

En ce qui concerne la surveillance des établissements publics et privés, l'article 4 de la loi de 1838 dispose que le préfet et ses délégués, ceux du ministre de l'Intérieur, le président du tribunal, le procureur de la République, le juge de paix, le maire de la commune, ont pour mission de visiter ces établissements, de recevoir les réclamations des personnes qui y sont placées et de prendre à leur égard tous les renseignements propres à faire connaître leur position. L'intervention des magistrats de l'ordre judiciaire est motivée sur ce que la liberté individuelle est placée sous leur sauvegarde.

L'article 41 de la loi fixe des pénalités : sont punies d'une amende de 50 à 3.000 francs et d'un emprisonnement de cinq jours à un an, ou de l'une de ces deux peines seulement, les contraventions commises par les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements publics ou privés d'aliénés et par les médecins de ces établissements, aux dispositions des articles 5 (ouverture et tenue d'un établissement privé), 8 (formalités pour l'admission d'un malade), 11 (envoi au préfet d'un certificat médical dit de quinzaine), 12 (tenue d'un registre coté et paraphé par le maire pour l'inscription de certaines mentions), 13, § 2 (sortie d'un interdit, avis à donner au tuteur et au procureur de la République), 15 (avis à donner en cas de sortie), 17 (sortie de l'interdit et du mineur), 20 (envoi au préfet d'un rapport mensuel rédigé par le médecin), 21 (nécessité pour les chefs d'établissements de se conformer à un ordre du préfet s'opposant à la sortie d'une personne ayant fait l'objet d'un placement volontaire), 29 (requêtes ou réclamations des malades supprimées ou retenues par les chefs d'établissements). Sont punies des mêmes peines les contraventions aux prescriptions de l'ordonnance du 18 décembre 1839, relatives aux asiles privés.

2. — Placement dans les établissements d'aliénés.

Le placement peut être ou bien volontaire, ou bien forcé. Le placement forcé s'appelle aussi placement d'office.

1. — Le placement volontaire est fait à la requête des particuliers. Il peut avoir lieu pour les aliénés inoffensifs aussi bien que pour les aliénés dangereux; car les uns et les autres ont besoin d'être soumis à un traitement rationnel. Aux termes de l'article 8, le placement volontaire peut être demandé par toutes personnes, parentes ou non parentes, étant ou ayant été en relation avec l'aliéné.

La loi n'exige pas, pour le placement volontaire, l'intervention de l'autorité locale; mais elle contient certaines dispositions ayant pour objet de prévenir les séquestrations arbitraires. Notamment les chefs ou préposés responsables des établissements publics et les directeurs des établissements privés, consacrés aux aliénés, ne peuvent recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale, s'il ne leur est remis une demande d'admission écrite et signée par la personne qui la forme (art. 8). Aux termes de ce même article 8, un bulletin d'entrée contenant mention des pièces produites doit être envoyé dans les vingt-quatre heures, avec un certificat du médecin de l'établissement, à Paris, au préfet de police, dans les départements, au préfet ou au fonctionnaire inférieur chargé de le lui transmettre. Ces pièces doivent être envoyées au préfet du département où est situé l'établissement et non au préfet du département auquel appartient l'aliéné.

En outre, on doit remettre aux chefs ou préposés responsables des établissements publics et aux directeurs des établissements privés un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer et indiquant les particularités de sa maladie, ainsi que la nécessité de l'internement et du traitement. Le certificat ne peut être admis s'il a été rédigé plus de quinze jours avant sa remise au chef ou directeur, s'il est signé par un médecin attaché à l'établissement, ou si le médecin signataire est parent ou allié au second degré inclusivement des chefs ou propriétaires de l'établissement ou de la personne qui fait effectuer le placement; en cas d'urgence, les chefs des établissements publics peuvent se dispenser d'exiger le certificat du médecin.

Lorsque le placement a lieu dans un établissement privé, le préfet, dans les trois jours de la réception du bulletin, charge un ou plusieurs hommes de l'art de visiter la personne placée et de faire sur-le-champ un rapport sur son état mental; il peut leur adjoindre telle autre personne qu'il croit convenable (art. 9). Dans le même délai, le préfet notifie les noms, profession et domicile tant de la personne placée que de celle qui a demandé le placement au procureur de la République de l'arrondissement du domicile de la personne placée et à celui de l'arrondissement de la situation de l'établissement (art. 10).

Quinze jours après le placement d'une personne dans un établissement public ou privé, il doit être adressé un nouveau certificat du médecin de l'établissement, constatant les changements survenus dans l'état du malade (art. 11).

Chaque établissement doit avoir un registre coté et paraphé par le maire, sur lequel on inscrit immédiatement les noms, profession, âge et domicile des personnes admises, la mention du jugement d'interdiction, si elle a été prononcée, et le nom de leur tuteur; la date de leur placement, les noms, profession et demeure de la personne, parente ou non, qui l'a demandé; le certificat de médecin joint à la demande d'admission et ceux que le médecin de l'établissement adresse à l'autorité, conformément aux articles 8 et 11 de la loi; enfin les sorties et les décès des personnes placées (art. 12). Le médecin doit consigner sur ce registre, au

moins une fois par mois, les changements survenus dans l'état des malades. Ce registre doit être soumis aux personnes qui, aux termes de la loi, ont le droit de visiter l'établissement ; elles y apposent, après la visite, leur visa, leur signature et leurs observations, s'il y a lieu (art. 12).

2. — Le placement forcé ou placement d'office est ordonné, suivant les prescriptions de l'article 18, à Paris par le préfet de police et dans les départements par le préfet, lorsque l'état d'aliénation d'une personne interdite ou non interdite compromet l'ordre public ou la sécurité des personnes.

C'est une mesure de police administrative.

L'arrêté de placement d'office est pris par le préfet où se trouve l'aliéné, et non par celui de la situation de l'établissement.

En cas de danger immédiat, attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique, les commissaires de police, à Paris, et les maires dans les autres communes, doivent ordonner, à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale, les mesures provisoires nécessaires, à la charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet, qui doit statuer sans délai (art. 19).

Les hospices et hôpitaux civils sont tenus de recevoir provisoirement les personnes qui leur sont adressées, en vertu des articles 18 et 19, jusqu'à ce qu'elles soient dirigées sur l'établissement spécial destiné à les recevoir aux termes de l'article 1er, ou pendant le trajet qu'il faut pour s'y rendre. Dans les lieux où il n'existe pas d'hospices ou d'hôpitaux, les maires doivent pourvoir à leur logement soit dans une hôtellerie, soit dans un local loué à cet effet ; en aucun cas, les aliénés ne peuvent ni être conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison. Ces dispositions sont applicables à tous les aliénés dirigés par l'administration sur un établissement public ou privé (art. 24).

3. — *Sortie des établissements d'aliénés.*

Dans le premier mois de chaque trimestre, un rapport rédigé par le médecin de l'établissement sur chacune des personnes qui y est retenue, sur la nature de sa maladie et les résultats du traitement, doit être adressé par les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements au préfet qui prononce sur chacun individuellement, et ordonne sa maintenue dans l'établissement ou sa sortie (art. 20). Les ordres de maintenue ou de sortie doivent être transcrits sur le registre spécifié à l'article 12.

Le séjour des personnes placées volontairement dans les établissements d'aliénés cesse par la déclaration du médecin de l'établissemant inscrite sur ce même registre, et portant qu'il y a guérison. S'il s'agit d'un mineur ou d'un interdit, il est donné immédiatement avis de cette déclaration aux personnes auxquelles il doit être remis et au procureur de la République (art. 13). Il n'est pas nécessaire que la déclaration exigée par cet article émane de tous les médecins de l'établissement ; il suffit de celle du médecin en chef, ou, à son défaut, de son suppléant (art. 9 de l'ordonnance du 18 décembre 1839).

Le séjour de ces personnes peut cesser avant même que les médecins aient déclaré la guérison, dès que leur sortie est requise par : le curateur nommé en exécution de l'article 38 ; l'époux ou l'épouse ; à leur défaut, par les ascendants ; à défaut d'ascendants, par les descendants ; par la personne qui a signé la demande d'admission, à moins qu'un parent ne s'oppose à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille ; enfin, par toute personne à ce autorisée par le conseil de famille. S'il résulte d'une opposition notifiée au chef de l'établis-

sement par un ayant droit qu'il y a dissentiment, soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille doit prononcer (art. 14 de la loi de 1838). Néanmoins, si le médecin est d'avis que l'état mental du malade pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, il en doit être donné préalablement connaissance au maire, qui peut ordonner immédiatement un sursis provisoire à la sortie, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet; ce sursis provisoire cesse de plein droit à l'expiration de la quinzaine, si le préfet n'a pas, dans ce délai, donné d'ordres contraires, conformément à l'article 21 de la loi.

Dans les vingt-quatre heures de la sortie, les chefs, préposés ou directeurs doivent en donner avis aux préfets, sous-préfets, maires, c'est-à-dire aux fonctionnaires désignés dans le dernier paragraphe de l'article 8, et leur faire connaître le nom et la résidence des personnes qui ont retiré le malade, son état mental au moment de la sortie et, autant que possible, l'indication du lieu où il a été conduit (art. 15).

Aux termes de l'article 16, le préfet peut toujours ordonner la sortie immédiate des personnes placées volontairement dans les établissements d'aliénés.

L'interdit ne peut être remis qu'à son tuteur, le mineur qu'à ceux sous l'autorité desquels il est placé (art. 17).

Quant aux personnes placées ou retenues d'après les ordres du préfet, lui seul peut ordonner leur sortie.

Les décisions du préfet relatives à la sortie des aliénés ne sont pas sans appel. La loi donne à tout individu placé ou retenu, volontairement ou non, dans un établissement d'aliénés, le droit de se pourvoir devant l'autorité judiciaire. La demande peut être formée par la personne elle-même, par son tuteur si elle est mineure, par son curateur, par ses parents, par ses amis, par la personne qui a demandé son placement, et d'office par le procureur de la République.

4. — *Personnel des établissements d'aliénés.*

Ce personnel comprend, d'une part, le personnel administratif et, d'autre part, le personnel médical.

Le personnel administratif se compose d'un directeur, d'un receveur, d'un économe, de commis et employés. Le personnel médical se compose d'un médecin en chef, d'un ou plusieurs médecins-adjoints, d'un chirurgien, d'un pharmacien, d'un ou plusieurs internes en médecine.

Dans les asiles où le nombre des malades est relativement restreint, les fonctions de directeur et de médecin en chef peuvent être réunies dans les mêmes mains ; il en est de même des fonctions de receveur et d'économe.

Indépendamment du personnel administratif et médical, les établissements d'aliénés comprennent un personnel de surveillance, composé de sœurs hospitalières ou de laïques, et un personnel inférieur composé d'infirmiers, d'infirmières, de garçons ou de filles de salles.

Le médecin en chef qui a la direction du service médical de l'asile remplit sous sa responsabilité personnelle toutes les obligations imposées aux médecins des établissements d'aliénés par la loi du 30 juin 1838. Le médecin-adjoint seconde le médecin en chef dans toutes les parties du service et le remplace en cas d'absence ou d'empêchement; aux termes du décret du 2 février 1910, les médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés sont recrutés au moyen d'un concours annuel.

CHAPITRE II

CONDITION DES ALIÉNÉS

1. — *Aliénés non internés.*

La démence est une cause de nullité des actes souscrits par celui qui en est atteint ou des obligations par lui contractées en cet état ; mais, comme la capacité de l'aliéné non interdit est la règle, il faut prouver la démence. Cette preuve se fait par tous les moyens possibles.

La nullité ne peut être invoquée que du vivant de l'auteur de l'acte, ainsi qu'il résulte de l'article 504 du Code civil ; c'est une exception au droit commun, puisque, en principe, lorsqu'un droit est ouvert, il est transmissible aux héritiers.

2. — *Aliénés internés.*

Les articles 31 et suivants de la loi de 1838 concernent les aliénés qui sont placés dans une maison de santé en possession du libre exercice de leurs droits.

1. — La capacité des aliénés non interdits, pendant le temps de leur internement, est réglée par l'article 39, qui déclare que les actes faits par une personne placée dans un établissement d'aliénés pendant le temps qu'elle y a été retenue, sans que son interdiction ait été prononcée ni provoquée, peuvent être attaqués pour cause de démence, dans le délai fixé par l'article 1304 C. civ. Pour les actes passés avant et après l'internement, ils demeurent soumis aux règles du droit commun.

Le fait de la séquestration ne constitue pas une présomption légale d'incapacité ; en principe, l'aliéné interné non interdit est capable.

La nullité de l'article 39 de la loi de 1838 est simplement relative comme celle de l'article 1304 C. civ. ; par suite, la nullité ne peut être poursuivie que par l'aliéné lui-même, ses représentants ou ayants cause, et non par les tiers qui ont contracté avec lui (Aubry et Rau, *op. cit.*, tome I, § 127 *bis*, p. 536).

La nullité des actes faits par l'aliéné interné non interdit pendant le temps de sa séquestration peut être demandée pendant une période de dix ans qui courent à dater de la notification qui lui est faite de ces actes après sa sortie de l'établissement où il était enfermé.

2. — Les personnes qui donnent des signes d'aliénation mentale ne peuvent conserver sans péril pour leurs propres intérêts la disposition de leur fortune et la faculté de la gérer suivant leurs caprices. La loi a édicté à cet égard un certain nombre de dispositions concernant la gestion des biens des aliénés internés.

Suivant les circonstances, la loi a placé auprès de ceux-ci un administrateur provisoire, un mandataire *ad litem*, un notaire et un curateur.

a) A l'égard des aliénés internés dans des établissements publics, l'article 31 de la loi de 1838 décide que les commissions administratives ou de surveillance de ces établissements exercent les fonctions d'administrateurs provisoires. L'administration provisoire est, en ce cas, légale.

Chaque année, ces commissions délèguent spécialement un de leurs membres pour remplir les fonctions d'administrateur provisoire.

Le membre délégué de la commission ne reste pas nécessairement chargé de l'administration des biens de l'aliéné placé dans l'établissement. On conçoit, en effet, que la gestion des biens de certaines personnes constituerait une charge telle pour l'administrateur désigné, qu'elle le mettrait dans l'impossibilité de remplir utilement ses fonctions à l'égard de tous. La commission peut alors demander

au tribunal de première instance du domicile de l'aliéné la nomination d'un administrateur provisoire pris hors de son sein. Si le tribunal accueille la demande, l'administration provisoire se trouve ainsi convertie de légale en judiciaire.

Le droit de provoquer la nomination de l'administrateur provisoire appartient, suivant l'article 32, aux parents et au conjoint de l'aliéné, ainsi qu'au ministère public.

Qu'il soit légal ou judiciaire, l'administrateur provisoire a les mêmes pouvoirs. L'article 31 s'est borné à énoncer les opérations qui nécessiteront le plus souvent son intervention ; il n'est pas limitatif ; mais l'administrateur provisoire ne peut faire que les actes d'administration, prendre des mesures conservatoires, faire et passer les actes qui présentent un caractère d'urgence (Aubry et Rau, *op. cit.*, tome I, § 127 *bis*, p. 530). Les actes de disposition ou d'administration définitive qu'il passerait, même avec l'autorisation de la justice, ne lierait pas son administré (même auteur, p. 531).

L'administrateur provisoire est autorisé, aux termes de l'article 31, à procéder au recouvrement des créances, à passer les baux des immeubles appartenant à l'aliéné, à condition toutefois de ne pas consentir les baux pour plus de trois ans ; à vendre le mobilier, mais seulement en vertu d'une autorisation du président du tribunal, qui sera celui du domicile de l'aliéné. Il représente l'aliéné dans les inventaires, comptes, partages et liquidations auxquels il peut être intéressé (art. 36). Pour l'emploi des valeurs mobilières appartenant à l'aliéné, il faut se reporter à la loi du 29 février 1880.

La responsabilité de l'administrateur provisoire est déterminée par les règles du mandat ; et, pour déterminer sur qui elle pèse et quelle en est la garantie, on distingue selon que l'administration provisoire est légale ou judiciaire. Au premier cas, les membres de la commission administrative, y compris le membre délégué, ne sont personnellement responsables que dans le cas de dol ou de faute lourde assimilable à un dol et imputable à l'un d'eux ; en dehors de cette hypothèse, la responsabilité se partage entre le receveur de l'établissement et l'établissement lui-même, considéré comme personne morale. Au second cas, la responsabilité pèse tout entière sur l'administrateur provisoire nommé par la justice ; pour assurer l'efficacité de cette responsabilité, l'article 34 de la loi de 1838 dispose que, sur la demande des parties intéressées ou sur celle du procureur de la République, le jugement qui nomme l'administrateur provisoire peut en même temps constituer sur ses biens une hypothèque générale ou spéciale jusqu'à concurrence d'une somme déterminée par le jugement.

Les fonctions de l'administrateur provisoire cessent de plein droit par la sortie de l'aliéné de l'établissement où il était placé (art. 37). Ses fonctions prennent fin, en outre, par l'interdiction de l'aliéné ; mais elles doivent être continuées jusqu'à la nomination d'un tuteur et d'un subrogé tuteur à l'interdiction.

Les fonctions de l'administrateur provisoire judiciaire cessent encore de plein droit à l'expiration d'un délai de trois ans ; mais elles peuvent être renouvelées par jugement pour une nouvelle période de trois ans.

b) L'administrateur provisoire n'est pas, par sa seule fonction, chargé de représenter en justice l'aliéné dont il gère les biens ; l'exercice d'une action peut avoir, en effet, pour conséquence la disposition d'une portion des biens de l'aliéné, or l'administrateur provisoire n'a pas des pouvoirs aussi étendus ; il ne peut non plus acquiescer, ni compromettre. L'aliéné est alors représenté par un mandataire *ad litem* désigné par le tribunal, à la diligence de l'administrateur provisoire ou du procureur de la République : les litiges pour lesquels il est accordé doi-

vent être spécifiés. L'article 33 vise toutes les contestations judiciaires dans lesquelles est intéressé l'aliéné.

c) L'article 36 dispose qu'à défaut d'administrateur provisoire, le président, à la requête de la partie la plus diligente, commet un notaire pour représenter les personnes non interdites placées dans les établissements d'aliénés, dans les inventaires, comptes, partages et liquidations, où elles seraient intéressées. Le notaire n'a pas qualité pour accepter une succession; ses attributions sont restreintes à celles spécifiées dans cet article 36; et elles prennent fin par la sortie de l'aliéné de l'établissement où il est placé.

d) Aux termes de l'article 38, sur la demande de l'interné, de l'un de ses parents, de l'époux ou de l'épouse, d'un ami ou sur la provocation d'office du procureur de la République, le tribunal peut nommer en chambre du conseil, par jugement non susceptible d'appel, en outre de l'administrateur provisoire, un curateur à la personne de tout individu non interdit placé dans un établissement d'aliénés. Le curateur ne peut être choisi parmi les héritiers présomptifs de l'aliéné.

Ses fonctions consistent à veiller à ce que les revenus de l'aliéné soient employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison, et à ce que cet aliéné soit rendu au libre exercice de ses droits aussitôt que son état le permettra. Elles cessent avec la détention de l'aliéné.

3. *Aliénés criminels internés.*

C'est un principe admis par toutes les législations que la démence, ou plus généralement l'aliénation mentale, laisse sans conséquences pénales les actes auxquels s'est livré celui qui est privé de raison.

La loi de 1838 a fixé le sort des aliénés criminels dans les articles 18 et 19. Si la mise en liberté d'un prévenu en démence paraît offrir un danger, le procureur de la République donne immédiatement avis de son état au sous-préfet ou au préfet, qui ordonnera sa détention dans un établissement d'aliénés.

CHAPITRE III

INTERVENTION DU MÉDECIN DANS LA CONSTATATION DE L'ÉTAT MENTAL D'UNE PERSONNE

1. *Aliénation mentale.*

On désigne sous le nom d'aliénation mentale l'absence, l'abolition ou l'altération partielle ou générale des facultés intellectuelles et affectives, s'accompagnant rarement de fièvre, et distinctes du délire fébrile. Elle comprend l'ensemble des maladies mentales, sous toutes les formes et à tous les degrés, depuis le développement net ou incomplet de l'intelligence chez l'idiot, jusqu'à son affaiblissement ou son extinction chez le dément.

Les causes qui la déterminent sont d'ordre moral ou d'ordre physique : les chagrins, les émotions violentes et subites, les passions, l'envie, la peur, l'isolement. Les excès de tous genres sont la cause la plus active de la folie, et particulièrement l'abus de l'alcool qui en est le plus fatal de tous. On peut citer encore comme principales causes déterminantes l'insolation, les fièvres graves.

Il est d'ailleurs rare que la folie se déclare subitement et que rien, dans la vie antérieure du malade, en ait révélé les prodromes.

2. *Intervention du médecin.*

Le médecin peut être appelé à constater l'état mental d'une personne à trois

points de vue principaux : 1° la nécessité de placer ou de maintenir la personne dans une maison d'aliénés ; 2e la capacité de cette personne pour les actes de la vie civile ou le témoignage en justice ; 3° enfin sa responsabilité, si elle a commis un acte qualifié crime ou délit par la loi.

Nous nous placerons uniquement au point de vue de l'internement dans un établissement d'aliénés.

Le rôle du médecin est toujours délicat en cette matière; car le certificat qu'il va délivrer peut motiver une juste demande en interdiction, ou devenir une arme entre les mains de parents, d'héritiers avides et sans scrupules. Aussi le médecin doit-il procéder d'abord à une enquête destinée à lui faire connaître l'état mental chez les ascendants ou les parents du malade, sa vie antérieure, sa santé dans les moindres détails, ses habitudes, ses goûts, ses penchants, à réunir en un mot tous renseignements utiles et à examiner également les écrits du malade. Après l'enquête, le médecin procède à l'interrogatoire de ce dernier, afin de pouvoir se rendre compte du genre de folie dont le malade est atteint ; il observe les manifestations qui ont amené chez lui le désordre dans l'intelligence.

Quand il a reconnu l'aliénation mentale, il délivre un certifical constatant l'état mental de la personne qu'il a examinée et indiquant les particularités de sa maladie, c'est-à-dire la forme qu'elle affecte et la nécessité de faire traiter la personne dans un établissement d'aliénés, et de l'y tenir enfermée.

LOIS CONCERNANT L'ASSISTANCE A DONNER A L'INDIVIDU PENDANT LE TRAVAIL

1° *Loi du 15 juillet 1893.*
2° *Loi du 1er avril 1898.*
3° *Loi du 9 avril 1898.*

LOI

sur l'assistance médicale gratuite

du 15 juillet 1893.

PRÉLIMINAIRES

La loi du 24 vendémiaire de l'an II avait énoncé ce principe que « tout malade domicilié ou non doit être secouru à son domicile de fait ou dans l'hôpital le plus voisin ». Ce ne fut que le 15 juillet 1893 que fut promulguée la loi qui créa un service effectif et détermina les ressources nécessaires à son exécution; c'est la loi sur l'assistance médicale gratuite.

Elle organise un système normal dans ses trente-quatre premiers articles et un système exceptionnel dans son article 35.

Dans le premier système, est créé le bureau d'assistance qui a pour mission particulière la confection de la liste des indigents et la gestion des biens comportant la dotation du bureau. Le service ainsi établi fonctionne dans chaque département sous l'autorité du préfet, d'après un règlement voté par le Conseil général; les ressources de ce service sont fournies au moyen de la contribution obligatoire des communes, alimentée par l'impôt; toutes les recettes et dépenses du service sont centralisées au budget départemental.

Le deuxième système est constitué en faveur des communes ou syndicats de communes qui justifient remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance.

1. — *Organisation de l'assistance médicale gratuite.*

L'article 1er de la loi du 15 juillet 1893 consacre le droit à l'assistance médicale pour l'indigent malade et il en répartit la charge suivant le domicile de secours.

Cette loi ne vise que les malades; elle ne concerne pas les vieillards, les infirmes et les incurables, pour lesquels est intervenue la loi du 14 juillet 1905.

Les blessés et les femmes en couches sont assimilés aux malades.

Le paragraphe 3 de l'article 1er, qui s'applique aux étrangers, porte : Les étrangers malades, privés de ressources, seront assimilés aux Français, toutes les fois

que le gouvernement aura passé un traité d'assistance réciproque avec leur nation d'origine.

Une commune ne peut pas créer un service médical pour tous les habitants sans distinction, alors qu'il existe sur le territoire de la commune des médecins exerçant leur profession d'une manière régulière et permanente (Cons. d'État, 29 mars 1901, Rec. Lebon, p. 332).

Aux termes de l'article 3, toute commune est rattachée, pour le traitement de ses malades, à un ou plusieurs hôpitaux les plus voisins. Dans le cas où il y a impossibilité de soigner un malade à domicile, le médecin délivre un certificat d'admission à l'hôpital; ce certificat doit être contresigné par le président du bureau d'assistance ou son délégué, et c'est sur le vu de ce document que l'hôpital peut réclamer à qui de droit le remboursement des frais de journées.

Ce n'est donc qu'en cas d'impossibilité d'assistance à domicile que le malade doit être envoyé à l'hôpital.

2. — *Domicile de secours.*

Le domicile de secours s'acquiert aux termes de l'article 6 :

1° Par une résidence habituelle d'un an dans une commune postérieurement à la majorité ou à l'émancipation;

2° Par la filiation. L'enfant a le domicile de secours de son père. Si la mère a survécu au père, ou si l'enfant est un enfant naturel reconnu par sa mère seulement, il a le domicile de sa mère. En cas de séparation de corps ou de divorce des époux, l'enfant légitime partage le domicile de l'époux à qui a été confié le soin de son éducation;

3° Par le mariage. La femme, du jour de son mariage, acquiert le domicile de secours de son mari. Les veuves, les femmes divorcées ou séparées de corps conservent le domicile de secours antérieur à la dissolution du mariage ou au jugement de séparation de corps.

Pour les cas non prévus dans cet article, le domicile de secours est le lieu de la naissance jusqu'à la majorité ou à l'émancipation.

L'article 6 fixe l'acquisition du domicile de secours ; l'article 2 détermine comment il se perd.

Le domicile de secours se perd :

1° Par une absence ininterrompue d'une année postérieurement à la majorité ou à l'émancipation ;

2° Par l'acquisition d'un autre domicile de secours.

Si l'absence est occasionnée par des circonstances excluant toute liberté de choix de séjour ou par un traitement dans un établissement hospitalier situé en dehors du lieu habituel de résidence du malade, le délai d'un an ne commence à courir que du jour où ces circonstances n'existent plus (art. 7). Ces circonstances sont notamment la présence sous les drapeaux, le traitement dans un asile d'aliénés, l'emprisonnement.

A défaut de domicile de secours communal, l'assistance médicale incombe au département dans lequel le malade privé de ressources aura acquis son domicile de secours. Quand le malade n'a ni domicile de secours communal, ni de secours de domicile départemental, l'assistance médicale incombe à l'État (art. 8).

Comment se trouve déterminé le domicile départemental ? La réponse à cette question résulte des travaux préparatoires de la loi : on faisait observer que si l'indigent n'appartenait à aucune commune, il ne pouvait appartenir à aucun

département. Le sénateur Émile Labiche répondit : « Il aura le domicile départemental, si sans résider pendant une année dans une commune déterminée il a habité successivement plusieurs communes dans le même département. »

Les enfants assistés ont leur domicile de secours dans le département au service duquel ils appartiennent, jusqu'à ce qu'ils aient acquis un autre domicile de secours (art. 9).

3. — *Bureau et liste d'assistance.*

1. — L'article 10 prescrit que, dans chaque commune, un bureau d'assistance assure le service de l'assistance médicale.

La commission administrative du bureau d'assistance est formée par les commissions administratives réunies de l'hospice et du bureau de bienfaisance, ou par cette dernière seulement, quand il n'existe pas d'hospice dans la commune.

A défaut d'hospice et de bureau de bienfaisance, le bureau d'assistance est régi par la loi du 21 mai 1873, modifié par la loi du 5 août 1879.

La présidence du bureau appartient, en principe, au maire, ou à l'adjoint, ou au conseiller municipal remplissant les fonctions de maire. En cas d'absence du président, la présidence passe au vice-président, ou, à son défaut, au plus ancien des administrateurs présents, et, à défaut d'ancienneté, au plus âgé. Quelle que soit la personne qui exerce les fonctions de président, elle aura voix propondérante en cas de partage (Cir. min. int., 18 mai 1894, *Bull. off. min. int.* 1894).

Il n'y a pas d'incompatibilité entre les fonctions de président de la commission administrative d'un hospice et celle de médecin rétribué de l'établissement (Cons. État, 3 août 1908).

La commission administrative du bureau d'assistance, sur la convocation de son président, se réunit au moins quatre fois par an. Elle dresse, un mois avant la première session ordinaire du conseil municipal, la liste des personnes qui, ayant dans la commune leur domicile de secours, doivent être, en cas de maladie, admises à l'assistance médicale, et elle procède à la révision de cette liste un mois avant chacune des trois autres sessions.

L'article 12 décide que le médecin de l'assistance ou un délégué des médecins de l'assistance, le receveur municipal, et un des répartiteurs désignés par le sous-préfet, peuvent assister à la séance avec voix consultative.

D'après les explications fournies au Sénat dans la séance du 11 juillet 1893, les mots « peuvent assister » qui se trouvent dans le texte déterminent un droit. La loi n'emploie pas le mot « assistent » pour ne pas indiquer que la présence est une condition essentielle pour la validité des délibérations ; mais les personnes désignées ont *le droit d'assister*. Dès lors, la convocation est obligatoire. Le médecin de l'assistance ou le délégué des médecins devra être nécessairement convoqué aux séances du bureau, quand il s'agira de dresser ou de réviser la liste d'assistance. (Circ. min. int., 18 mai 1894.)

2. — Le bureau d'assistance constitue, du seul fait de la loi, un établissement public et jouit de la personnalité civile, au même titre que les hospices et bureaux de bienfaisance. Les actes de la vie civile du bureau d'assistance sont soumis, en principe, à des règles analogues à celles qui régissent les hospices. (Circ. min. int., 18 mai 1894.)

Le bureau peut être représenté en justice, et dans tous les actes de la vie civile, par un seul de ses membres, que ses collègues élisent au commencement de chaque année.

Aux termes de l'article 11 de la loi de 1893, le président du bureau d'assistance

a le droit d'accepter, à titre conservatoire, les dons et legs, et de former, avant l'autorisation, toute demande en délivrance. Le décret du président de la République ou l'arrêté du préfet, qui interviennent ultérieurement, ont effet du jour de cette acceptation.

L'administration des fondations, dons et legs qui ont été faits aux pauvres ou aux communes, en vue d'assurer l'assistance médicale, est dévolue au bureau d'assistance.

3. — L'article 13 de la loi de 1893 dispose que la liste d'assistance médicale doit comprendre nominativement tous ceux qui seront admis aux secours, lors même qu'ils sont membres d'une même famille.

Elle comprend toutes les personnes qui ont, dans la commune, leur domicile de secours et dont on peut penser raisonnablement que, si elles tombent malades dans le cours du trimestre, elles auront besoin, en tout ou en partie, de l'assistance médicale gratuite. Ces personnes ne sont pas nécessairement dans un état d'indigence attesté par un certificat de non-imposition, ou par l'inscription sur la liste du bureau de bienfaisance. Ce sont les individus dénués habituellement de ressources ; ce sont aussi ceux dont la situation de fortune et de famille est telle que, suivant toute probabilité, ils seraient privés de ressources le jour où la maladie surviendrait. (Circ. min., 18 mai 1894). Les membres des sociétés de secours mutuels peuvent figurer, comme toutes autres personnes, sur la liste, à condition que la société ne couvre pas toutes les dépenses de la maladie.

La liste, qui est donnée obligatoirement en vue de ménager les finances publiques et d'éviter des abus, est arrêtée par le conseil municipal qui délibère en comité secret; ce vote en comité secret se justifie par le caractère intime des discussions auxquelles peuvent donner naissance les délibérations. Elle est déposée au secrétariat de la mairie, et le maire donne avis du dépôt par affiches aux lieux accoutumés (art. 14 de la loi de 1893). Le contribuable ou habitant peut ainsi prendre communication de la liste sans déplacement.

Une copie de la liste et du procès-verbal constatant l'accomplissement des formalités prescrites de cette manière est, suivant l'article 15, transmise au sous-préfet de l'arrondissement. Si le préfet estime que les formalités légales n'ont pas été observées, il défère les opérations, dans les huit jours de la réception de la liste, au Conseil de préfecture qui statue dans les huit jours et fixe, s'il y a lieu, le délai dans lequel les opérations annulées seront refaites.

Pendant un délai de vingt jours à compter du dépôt, les réclamations en inscription ou en radiation peuvent être faites par tout habitant ou contribuable de la commune (art. 16); le droit de réclamer l'inscription ou la radiation devant la commission cantonale, aux termes de l'article 58 de la loi de finances du 13 avril 1898, qui a complété cet article 16, appartient également au préfet du département ou à son délégué. Cette adjonction se justifie par ce fait que les commissions administratives des bureaux de bienfaisance et les conseils municipaux manquaient souvent d'autorité pour résister à certaines sollicitations injustifiées.

Il convient de remarquer que, si ceux des membres du bureau d'assistance médicale qui sont habitants et contribuables de la commune peuvent individuellement user du droit que leur confère la loi, le bureau d'assistance médicale lui-même, qui a dressé la liste de proposition des individus admis aux secours médicaux, n'a pas qualité pour saisir la commission cantonale d'un recours contre la délibération du conseil municipal qui a arrêté cette liste (Cons. État, 12 mai 1905, D. 1907, 3, 34). C'est ce qui résulte du texte.

La réclamation est introduite dans la forme administrative ; il suffit qu'elle contienne le nom et l'adresse du réclamant, le nom et l'adresse de la personne dans l'intérêt de qui ou contre qui elle est formée, l'énoncé des motifs sur lesquels elle est fondée. Elle doit être remise au sous-préfet, président de la commission cantonale prévue à l'article 17.

Il est statué souverainement sur les réclamations, le maire entendu ou dûment appelé, par une commission cantonale composée du sous-préfet de l'arrondissement, d'un conseiller général, d'un conseiller d'arrondissement dans l'ordre de nomination et du juge de paix du canton. Le sous-préfet ou, à son défaut, le juge de paix préside la commission (art. 17).

La loi ne fixant pas de quorum, la décision peut être valablement prise à la majorité des membres présents.

Le président de la commission donne, dans les huit jours, avis des décisions rendues au sous-préfet et au maire, qui opèrent sur la liste les additions ou les retranchements prononcés (art. 18).

En cas d'urgence, dans l'intervalle de deux sessions, le bureau d'assistance peut admettre provisoirement, dans les conditions de l'article 12 de la loi, un malade non inscrit sur la liste ; mais, s'il y a impossibilité de réunir à temps le bureau d'assistance, l'admission peut être prononcée par le maire, qui en rend compte, en comité secret, au conseil municipal dans sa plus prochaine séance. L'observation de ces formalités très simples est une garantie donnée aux communes contre les abus qui pourraient se produire si elles étaient tenues de pourvoir aux frais d'assistance médicale de personnes non inscrites sur les listes ; si donc ces formalités n'ont pas été remplies, la commune n'est pas obligée de rembourser les frais de traitement d'une personne ne figurant pas sur la liste de ceux admis aux secours médicaux de cette commune (Cons. État, 17 nov. 1905, D. 1907, 3, 59).

Lorsqu'il s'agit d'un accident ou d'une maladie aiguë, l'assistance médicale des personnes qui n'ont pas de domicile de secours dans la commune où s'est produit l'accident ou la maladie incombe à la commune dans les conditions qui sont prévues par l'article 21 de la loi, s'il n'existe pas d'hôpital dans la commune. L'admission de ces malades à l'assistance médicale est prononcée par le maire, qui avise immédiatement le préfet et en rend compte, comme dans le cas d'urgence, en comité secret, au conseil municipal dans sa plus prochaine séance. Le préfet accuse réception de l'avis et prononce dans les dix jours sur l'admission aux secours de l'assistance. Ces dispositions résultent de l'article 20.

Aux termes de l'article 21, les frais avancés par la commune en vertu de ces dispositions, sauf pour les dix premiers jours de traitement, sont remboursés par le département d'après un état régulier dressé conformément au tarif fixé par le conseil général. Le département qui a fourni son assistance peut exercer son recours contre qui de droit. Si l'assisté a son domicile de secours dans un autre département, le recours est exercé contre le département, sauf la faculté pour ce dernier d'exercer à son tour son recours contre qui de droit.

Lorsqu'un malade a été admis à l'assistance médicale dans un département autre que celui de son domicile de secours, ce dernier doit rembourser les frais de traitement.

Aux termes de l'article 22 de la loi, l'inscription sur la liste prévue à l'article 12 continue à valoir pendant un an, au regard des tiers, à partir du jour où la personne a quitté la commune, sauf la faculté pour la commune de prouver que cette personne n'est plus en situation d'avoir besoin d'assistance médicale gratuite. Par cette disposition, on a voulu que la commune qui a reconnu sa dette d'assistance

vis-à-vis des tiers ne pût pas s'en décharger en rayant le nom de ce citoyen sur la liste le jour où il quitte la commune; elle reste responsable pendant le temps nécessaire pour acquérir ou perdre le domicile de secours, c'est-à-dire pendant un an.

Le préfet prononce, aux termes de l'article 23, l'admission aux secours de l'assistance médicale des malades privés de ressources et dépourvus d'un domicile de secours communal. Le préfet est tenu d'adresser, au commencement de chaque mois, à la commission départementale ou au ministre de l'Intérieur, suivant que l'assistance incombe au département ou à l'État, la liste nominative des malades ainsi admis pendant le mois précédent aux secours de l'assistance médicale (art. 23).

4. — Secours hospitaliers.

Le prix de journées des malades placés dans les hôpitaux aux frais des communes, des départements ou de l'État, est réglé, aux termes de l'article 24, par arrêté du préfet, sur la proposition des commissions administratives de ces établissements et après avis du conseil général du département.

Ce prix de journées est fixé par le préfet et non par le conseil général. (Cons. État, 17 janvier 1908, Lebon, 1908, p. 87).

Il ne peut être inférieur à la moyenne du prix de revient constaté pendant les cinq dernières années. Par analogie avec le délai imparti par la loi du 7 juillet 1877 pour les malades militaires, la révision de ce prix ne peut avoir lieu que tous les cinq ans (*Répert. de droit français*, Vis Assistance publique (assistance médicale gratuite), n° 97).

La loi étant impérative, les préfets ne sauraient faire état de conventions particulières. Ainsi devraient être annulés : l'arrêté portant qu'un prix de journées ne serait dû à l'hôpital, pour les malades indigents opérés, qu'à partir du vingtième jour après l'opération (Cons. d'État, 17 mai 1895; *Rev. des établ. de bienfaisance*, 1895, p. 24), et celui fixant un prix de journées inférieur à la moyenne des cinq dernières années pour une catégorie déterminée de malades. (Cons. d'État, 24 décembre 1897 ; Lebon, p. 843.)

Suivant l'article 25, les droits résultant d'actes de fondation, des édits d'union ou de conventions particulières sont réservés. Il n'est pas dérogé à l'article premier de la loi du 7 août 1851.

Tous les lits dont l'affectation ne résulte pas des deux paragraphes précédents ou qui ne seront pas reconnus nécessaires aux services des vieillards ou incurables, des militaires, des enfants assistés et des maternités, sont affectés au service de l'assistance médicale.

Il est expliqué à cet égard, dans l'exposé des motifs de la loi, qu'un certain nombre de communes tiennent d'actes de fondation le droit d'envoyer gratuitement leurs malades dans les hospices voisins. Les édits d'union qui, sous l'ancienne monarchie, ont supprimé les léproseries ou maladreries et réuni leurs biens à ceux de certains hospices, ont imposé à ceux-ci la charge de recevoir, jusqu'à due concurrence des revenus desdits biens, les malades des paroisses sur lesquelles ces léproseries et maladreries étaient situées. Il résulte de ces faits des droits acquis qu'il convient de réserver et dont continueront à jouir les communes bénéficiaires. Les obligations dont les hospices sont tenus vis-à-vis d'elles viendront les aider à remplir les devoirs d'assistance que la loi leur impose.

Il y a lieu d'observer que les articles 20 et 21 de la loi du 15 juillet 1893 ne pré-

voient que le cas de maladie aiguë ou d'accidents survenus dans une commune qui n'est pas pourvue d'un hôpital ; et l'article 25 a expressément maintenu en vigueur l'article premier de la loi du 7 août 1851, aux termes duquel, lorsqu'un individu privé de ressources tombe malade dans une commune ayant un hôpital, aucune condition de domicile ne peut être requise pour son admission. (Cons. d'État, 20 novembre 1908 ; Lebon, p. 938.)

5. — *Dépenses. — Voies et moyens.*

Il résulte d'une circulaire du ministre de l'Intérieur, en date du 27 juillet 1895, que la comptabilité du service d'assistance médicale gratuite constitue un service départemental. En conséquence, toutes les dépenses nécessitées par l'application de la loi du 15 juillet 1893 et les recettes qui doivent y faire face sont centralisées au budget départemental et soumises aux règles générales établies par le décret du 12 juillet 1893.

L'article 26 de la loi de 1895 divise les dépenses de l'assistance médicale en dépenses ordinaires et en dépenses extraordinaires.

Les premières comprennent : 1° les honoraires des médecins, chirurgiens et sages-femmes du service d'assistance à domicile ; 2° les médicaments et appareils ; 3° les frais de séjour des malades dans les hôpitaux. Ce sont des dépenses obligatoires, qui sont supportées par les communes, le département et l'État suivant les règles établies par les articles 27, 28 et 29 de la loi.

Les dépenses extraordinaires comprennent les frais d'agrandissement et de construction d'hôpitaux. L'État contribue à ces dépenses par des subventions, dans la limite des crédits votés ; chaque année, une somme est à cet effet inscrite au budget.

Les recettes du service d'assistance sont, comme les dépenses, ordinaires et extraordinaires. Les recettes ordinaires comprennent les ressources propres, les droits attribués, c'est-à-dire une part dans le droit des pauvres et le produit des concessions dans les cimetières, la contribution des établissements hospitaliers et bureaux de bienfaisance (art. 30), les remboursements par les collectivités débitrices ou par des tiers, c'est-à-dire par les sociétés de secours mutuels, par les patrons ou les membres de la famille (art. 2), les subventions facultatives des collectivités et, si ces diverses ressources sont insuffisantes, la contribution obligatoire de la commune, du département et de l'État. Les recettes extraordinaires sont les subventions extraordinaires des communautés territoriales et notamment celle accordée par l'État sur les produits du pari mutuel. (Voir Derouin, Gory et Worms, *Traité théorique et pratique d'assistance publique*, t. II, p. 136.)

Le quantum et le mode de versement des honoraires des médecins varient suivant les règlements adoptés par les départements : dans quelques-uns, les honoraires sont établis d'après un tarif différent, suivant qu'il s'agit de visites à domicile, de consultations au cabinet du praticien ou de soins donnés dans le dispensaire ; dans d'autres, la rémunération des médecins consiste en un traitement fixe alloué à ces praticiens, et dans certains cas il se traduit en une allocation forfaitaire sans base d'évaluation préalable ; dans d'autres, le traitement est arrêté à raison d'un prix déterminé par tête d'habitant, c'est-à-dire d'après le chiffre de la population municipale. Suivant certains règlements enfin, le traitement est fixé à raison d'une somme déterminée par tête d'inscrit sur les listes d'assistance. (Derouin, Gory et Worms, *op. cit.*, t. II, p. 133.)

Les médicaments peuvent être fournis exceptionnellement par les médecins, lorsqu'il n'existe pas de pharmacien dans la localité. (Circ. min. int., 19 août 1898.)

Le Conseil général peut, quand il ne se trouve pas dans les cas de subventions obligatoires à allouer aux communes qui doivent, pour couvrir les dépenses du service d'assistance, recourir à des centimes additionnels spéciaux ou à des taxes d'octroi (art. 27), fixer à une somme déterminée, par tête d'individu assisté, le contingent des communes, et imputer sur les ressources ordinaires du département le surplus de la dépense. (Cons. d'État, 25 avril 1902; Lebon, p. 313.)

L'article 29 détermine le concours de l'État aux dépenses départementales de l'assistance médicale. Il a lieu par des subventions aux départements dans une proportion qui variera de 10 à 70 °/₀ du total de ces dépenses couvertes par des centimes additionnels, et qui sera calculée en raison inverse de la valeur du centime départemental par kilomètre carré conformément au tableau B annexé à la loi. L'État est en outre chargé des dépenses occasionnées par le traitement des malades n'ayant aucun domicile de secours et des frais d'administration relatifs à l'exécution de la loi. Le secours est calculé à raison de la valeur du centime par kilomètre carré ; pour justifier ce mode de calcul, le rapporteur de la loi à la Chambre a déclaré que la surface était ce qui produisait la richesse, ce qui nourrissait la population, et il y a un rapport étroit entre les impôts et la fortune d'un pays pour une même superficie.

Les bureaux d'assistance ont un receveur spécial dans les mêmes conditions que les autres établissements communaux de bienfaisance, c'est-à-dire si leurs revenus ordinaires excèdent 60.000 francs (loi de finances du 31 mars 1903, art. 59). Ceux dont les revenus n'atteignent pas ce chiffre ont de droit pour comptable le receveur de l'hospice et, à défaut, le receveur du bureau de bienfaisance. (Circ. min. int., 23 juin 1903.)

6. — *Dispositions générales.*

La loi de 1893 contient dans ses derniers articles un certain nombre de dispositions dont il importe de signaler les principales.

1. — Tout d'abord, l'article 33 règle la question de compétence. La loi de 1893, en organisant le service de l'assistance médicale gratuite, n'a attribué compétence aux tribunaux administratifs que pour les litiges qui naîtraient de son fonctionnement; par exemple, il appartient au conseil de préfecture de statuer sur une instance engagée par une commune pour faire décider qu'un hospice ou un bureau de bienfaisance est tenu de contribuer au service de l'assistance médicale gratuite (Cons. État, 14 avril 1905, S. 1907, 3, 47), de connaître de la demande d'un hospice tendant à faire décider que le département est tenu de lui rembourser les frais de traitement d'un indigent par application des dispositions de la loi (Cons. État, 20 novembre 1908, D. 1910, 3, 50). C'est également devant le conseil de préfecture que doivent être portées les contestations ayant pour objet le règlement des honoraires dus à un médecin de l'assistance; ces contestations se rattachent à l'organisation de l'assistance médicale gratuite pour ce motif que les honoraires sont réglés d'après les bases arrêtées par le conseil général (Cons. État, 18 décembre 1908, D. 1910, 3, 79).

Si le préfet, dans un arrêté, commet un excès de pouvoir, son arrêté peut être déféré au Conseil d'État directement. Ainsi, le règlement départemental sur le service de l'assistance médicale gratuite détermine les conditions dans lesquelles les médecins sont attachés à ce service ; si ce règlement porte que tous les médecins qui y ont adhéré sont attachés de droit à ce service et qu'ils ne peuvent être exclus, après l'adhésion donnée, qu'autant qu'ils refusent leur concours sans motif légitime ou qu'ils ne se conforment pas au règlement, un médecin ne peut

être exclu en dehors des cas prévus. Le préfet qui fonde l'exclusion sur un cas non prévu commet un excès de pouvoirs, quelle que soit la gravité des faits qu'il peut invoquer; et son arrêté, s'il est déféré au Conseil d'État, peut être annulé (Cons. État. 12 janvier 1906, D. 1907, 3, 96).

La loi de 1893 n'ayant attribué compétence aux tribunaux administratifs que pour les litiges naissant de son fonctionnement, les tribunaux judiciaires sont compétents pour juger les contestations qui s'élèvent entre les hôpitaux et les personnes qui y sont admises à tout autre titre que celui d'indigents privés de ressources, et régis par la loi de 1893; les ouvriers victimes d'accidents du travail n'étant pas admis dans les hôpitaux en vertu de ladite loi, les tribunaux d'ordre civil seuls peuvent appliquer et interpréter les conventions en vertu desquelles ils sont reçus dans les hôpitaux, et apprécier la légalité du tarif concernant cette catégorie de malades (Cons. État, 17 mars 1905; *Gaz. Trib.*, 5 avril 1905).

Dans le cas d'une contestation entre deux départements sur la question de savoir auquel incombent les frais d'entretien d'un malade indigent dans un hôpital, c'est au Conseil d'État qu'il appartient de connaître de la difficulté; mais, avant de saisir le Conseil d'État, le conseil général du département doit se prononcer sur la demande de l'autre département tendant à obtenir le remboursement des frais d'entretien dont il s'agit (Cons. État, 30 juin 1905. D. 1907, 3, 29).

2. — En second lieu, l'article 34 décide que les médecins du service de l'assistance médicale gratuite ne peuvent être considérés comme inéligibles au conseil général ou au conseil d'arrondissement en raison de leur rétribution sur le budget départemental.

3. — En troisième lieu, suivant l'article 32, les certificats, significations, jugements, contrats, quittances et autres actes faits en vertu de la loi de 1893, et exclusivement relatifs au service de l'assistance médicale, sont dispensés du timbre et enregistrés gratis, lorsqu'il y a lieu à la formalité de l'enregistrement, sans préjudice du bénéfice de la loi du 22 janvier 1851 sur l'assistance judiciaire (Cons. État, 11 février 1914, *La Loi*, 18 avril 1914). Cet article 32 est applicable aux pourvois formés devant le Conseil d'État, et tendant à l'annulation d'un arrêté préfectoral fixant le prix de journée. (Cons. État, 28 juin 1901. D. 1902, 3, 105.)

7. — *Organisation spéciale de l'assistance.*

Nous avons indiqué au début que les communes ou syndicats de communes qui justifient remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers leurs malades pourraient bénéficier d'une organisation spéciale. L'article 35 porte qu'ils peuvent être autorisés spécialement à cet égard par une décision du ministre de l'Intérieur, rendue après avis du conseil supérieur de l'assistance publique. Cet article 35 a été complété par la loi du 17 avril 1906 : « En cas d'urgence, dit-elle, la décision spéciale du ministre de l'Intérieur peut être rendue dans l'intervalle des sessions du conseil supérieur de l'assistance publique sur l'avis de la section compétente du conseil. »

Le conseil supérieur de l'assistance publique a subordonné aux conditions suivantes son avis favorable à l'application de l'article 35 : 1° des mesures doivent être prises pour assurer le bénéfice de l'assistance à tous les malades, y compris les femmes en couches; 2° les malades privés de ressources doivent recevoir des secours aussi complets que si le règlement départemental était appliqué dans la commune; 3° ce ne sera pas seulement les soins médicaux qui doivent être assurés à domicile, mais en cas de besoin l'hospitalisation dans un lieu bien

aménagé et comportant l'isolement des contagieux (Voir Derouin, Gory et Worms, *op. cit.*, t. II, p. 151).

Dans le cas où une commune a, par application de cet article 35, demandé et obtenu de posséder un service d'assistance médicale, ce sont les dispositions du règlement spécial relatif à l'organisation de ce service qui doivent être appliquées, alors même qu'elles seraient contraires au règlement départemental sur le service de l'assistance médicale gratuite. (Cons. État, 22 avril 1904, S. 1906, 3, 101.)

LOI

sur les sociétés de secours mutuels

du 1er avril 1898.

PRÉLIMINAIRES

Au problème de la misère, le développement de la prévoyance fournit une solution intéressante.

Les sociétés de secours mutuels rentrent dans la catégorie de ces institutions de prévoyance qui viennent en aide à la classe laborieuse. Parmi les risques auxquels celle-ci est soumise, il en est qui, comme la maladie, l'accident, la vieillesse, la mort, entraînent une impossibilité permanente ou temporaire de travail. L'épargne du pauvre est minime ; aussi des associations depuis longtemps se sont-elles constituées pour, moyennant une faible cotisation, payer les dépenses de traitement, accorder une certaine indemnité par jour de maladie, constituer des rentes et pourvoir aux frais funéraires.

Sans faire un historique complet, il faut indiquer que la Révolution française ne se montra pas favorable aux associations mutualistes, au moins lorsque ces associations étaient formées entre gens du même métier ; la raison en est qu'elle craignait de voir renaître, sous cette forme, les anciennes corporations de métiers, dont elle avait décrété l'abolition. On voulait que la nation donnât les secours à ceux qui en avaient besoin. Cependant l'État ne pouvait suppléer à l'initiative privée ; et, en fait, les pouvoirs publics ont toléré la formation de sociétés de secours mutuels, même entre personnes de la même profession. Mais survint le Code pénal de 1810, dont l'article 291 déclare : « Nulle association de plus de vingt personnes dont le but sera de se réunir tous les jours ou à certains jours marqués, pour s'occuper d'objets religieux, politiques, littéraires ou autres, ne pourra se former qu'avec l'agrément du gouvernement, et sous les conditions qu'il plaira à l'autorité publique d'imposer à la société ». Les sociétés de secours mutuels ne pouvaient donc se constituer sans autorisation.

Un des premiers soins du gouvernement de 1848 fut de proclamer la liberté du droit de réunion et d'association. Un décret de l'Assemblée nationale, du 18 juillet 1848, déclara que les sociétés de bienfaisance n'étaient pas tenues, comme les autres associations, de faire une déclaration à l'autorité municipale, préalablement aux réunions ; les sociétés de secours mutuels étaient comprises parmi ces sociétés. Mais ce décret fut abrogé par celui du 25 mars 1852, et un décret du lendemain, 26 mars, réglementa les sociétés de secours mutuels. Leurs dispositions ont subsisté jusqu'en 1898 ; elles ont été complétées ou modifiées sur des points secondaires par divers actes législatifs ou réglementaires. Il faut noter que la loi du 13 juillet 1850 qui a maintenu le régime de liberté du décret de 1848 a été remaniée complètement par ces deux décrets.

De bonne heure, surtout à partir de 1880, la législation de 1852 devint l'objet des critiques les plus diverses. C'était, disait-on, des dispositions autoritaires ne contenant pour les sociétés que des obligations et leur enlevant tous droits et toute initiative. Le 19 novembre 1881, la Chambre des députés fut saisie d'une proposition de loi sur les sociétés de secours mutuels; après une laborieuse préparation, le législateur vota la loi qui porte la date du 1er avril 1898.

Des décrets furent rendus pour l'exécution de cette loi, notamment celui du 2 mai 1899, portant règlement d'administration publique sur l'élection des représentants des sociétés de secours mutuels au conseil supérieur de ces sociétés; celui du 13 juin 1899 portant règlement d'administration publique pour l'élection du représentant des syndicats médicaux audit conseil supérieur; celui du 25 mars 1901, créant des caisses autonomes pour les sociétés de secours mutuels et unions de sociétés.

La circulaire du 29 juin 1899 a indiqué l'importance de la loi du 1er avril 1898. Cette loi, y est-il dit, peut être considérée comme une véritable charte de la mutualité entendue au sens le plus large; elle codifie les règles de la matière, tout en tenant compte des enseignements fournis par l'expérience, des progrès de la science et, dans la mesure du possible, des vœux formulés par les représentants les plus autorisés des sociétés de secours mutuels. L'ancienne législation assignait aux sociétés de secours mutuels, pour but essentiel et presque exclusif, d'assurer à leurs membres participants des secours temporaires en cas d'invalidité résultant de la maladie, de blessures ou d'infirmités. Celles-là seules pouvaient prendre légalement la dénomination de sociétés de secours mutuels, et bénéficier des avantages réservés aux dites sociétés. Tout autre est la conception de la loi nouvelle qui part de ce principe que la mutualité n'a pas comme unique objet l'assurance contre la maladie et certains risques ordinaires de la vie; elle embrasse toutes les combinaisons inspirées à des associés par l'esprit de prévoyance, et propres à faire produire à la petite épargne son maximum d'effet. De telle sorte qu'une association qui se proposerait de constituer uniquement des pensions de retraites, ou de contracter des assurances de diverses natures, sera, désormais, considérée comme une société de secours mutuels, au même titre que les autres, et régie par la loi du 1er avril 1898.

Toute association de prévoyance se formera, dorénavant, librement, par la seule volonté des intéressés; elle aura une existence légale, indépendamment de toute approbation et sous la seule réserve de l'accomplissement d'une simple formalité d'administration. Les sociétés approuvées ne sont plus enserrées dans des limites étroites.

L'article 41 de la loi porte que toutes les dispositions qui lui sont contraires sont abrogées. De cette formule il résulte que les dispositions de la loi nouvelle doivent être combinées avec les lois et décrets, touchant la mutualité antérieure à cette loi, lorsqu'ils ne lui sont pas contraires.

La loi du 1er avril 1898 a été complétée par une loi du 7 juillet 1900. Mais ses dispositions n'ont pas été touchées par la loi du 1er juillet 1901 sur les associations, qui, dans son article 21, déclare, d'une manière expresse, qu'il n'est en rien dérogé aux lois spéciales relatives aux sociétés de secours mutuels.

CHAPITRE PREMIER

RÈGLES COMMUNES A TOUTES LES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS

I. — *Caractères distinctifs.*

Le législateur, en raison des avantages importants qu'il a concédés aux sociétés de secours mutuels, a déterminé quelles associations auraient ce caractère.

Deux conditions sont exigées pour qu'une société soit considérée comme une société de secours mutuels au sens de la loi du 1er avril 1898.

1° La première est relative au but même poursuivi par ladite société. L'article 1er dispose à cet égard que les sociétés de secours mutuels sont des *associations de prévoyance*, qui se proposent d'atteindre un ou plusieurs des buts suivants : assurer à leurs membres participants et à leur famille des secours en cas de maladie, blessures ou infirmités, leur constituer des pensions de retraite, contracter à leur profit des assurances individuelles ou collectives en cas de vie, de décès ou d'accident, pourvoir aux frais des funérailles, et allouer des secours aux ascendants, aux veufs, veuves ou orphelins des membres participants décédés.

Les divers services énumérés par le paragraphe 1er de l'article 1er de la loi ne sont pas les seuls que celle-ci permet aux sociétés de secours mutuels d'organiser. Elle les autorise, en outre, dans son deuxième paragraphe, mais à titre accessoire, à constituer d'autres services dont l'utilité lui a paru incontestable ; elles peuvent ainsi créer, au profit de leurs membres, des cours professionnels, des offices gratuits de placement ; elles peuvent accorder des allocations en cas de chômage, à la condition qu'il soit pourvu à ces trois ordres de dépenses au moyen de cotisations ou de recettes spéciales. Au point de vue des allocations en cas de chômage, le législateur a pensé que, si la mutualité en vue du chômage n'avait aucune chance de s'établir dans les sociétés composées de sociétaires de professions différentes, entre ouvriers qui travaillent et ouvriers qui, pour une raison ou pour une autre, ne travaillent pas, elle pouvait, cependant, rendre quelques services dans les sociétés professionnelles, dans les sociétés composées d'ouvriers du bâtiment, par exemple, où le chômage pendant l'hiver est plus ou moins long, suivant les rigueurs de la saison.

La société de secours doit rester dans les limites tracées par la loi ; ainsi, une société ayant voulu accorder, sur les fonds mêmes de la société, une indemnité à ses membres pendant la durée de leurs périodes d'exercices militaires, le ministre de l'intérieur s'y opposa, en disant que la mobilisation ne saurait être assimilée à un chômage (22 novembre 1902).

2° La seconde condition est que tous les membres des sociétés de secours mutuels doivent avoir des droits égaux. Ainsi le décide l'article 2 : Ne sont pas considérées comme sociétés de secours mutuels, les associations qui, tout en organisant, sous un titre quelconque, tout ou partie des services prévus à l'article 1er, créent au profit de telle ou telle catégorie de leurs membres, et au détriment des autres, des avantages particuliers. Les sociétés de secours mutuels sont tenues de garantir à tous leurs membres participants les mêmes avantages, sans autre distinction que celle qui résulte des cotisations fournies et des risques apportés.

Sans cet exact et rigoureux équilibre entre les charges et les recettes, il ne peut y avoir dans les sociétés de secours mutuels qu'incertitude et déceptions. On a appliqué le principe en vertu duquel la cotisation ou la prime, payable par chaque assuré, pour chaque espèce d'assurance, doit être proportionnelle à la probabilité

du sinistre contre lequel l'assuré tient à se garantir, et à l'importance de l'indemnité stipulée en cas de sinistre ; on a voulu proscrire les sociétés qui sous le nom de prévoyance se sont constituées pour assurer à leurs membres dits « fondateurs » des avantages exorbitants, nécessairement aux dépens de nombreux adhérents de la deuxième heure ; les sociétés ainsi visées étaient les *Prévoyants de l'Avenir*, et autres similaires ayant organisé des pensions de retraite, telles que le *Grain de blé* de Paris, l'*Avenir des travailleurs* de Nantes. La règle qui doit dominer est : à égalité de charges égalité d'avantages.

Pour encourager la mutualité, la loi de 1898 a admis, aux termes de son article 12, que les secours, pensions, contrats d'assurances, livrets et généralement toutes sommes et tous titres à remettre par les sociétés de secours mutuels à leurs membres participants seraient incessibles et insaisissables, jusqu'à concurrence de 360 francs par an pour les rentes et de 3.000 francs pour les capitaux assurés. Donc, jusqu'à ces chiffres, les sociétés de secours mutuels n'auront pas à tenir compte des réclamations et oppositions des créanciers de leurs membres participants sur les secours et pensions qu'elles leur allouent.

Un des traits caractéristiques de la loi du 1er avril 1898 a été d'admettre et d'accroître pour les sociétés de secours mutuels le bénéfice de la personnalité civile ; ce qui entraîne pour elles la capacité d'ester en justice et celle de recevoir des libéralités. On verra plus loin en quoi consiste la capacité de recevoir des libéralités ; quant à la capacité d'ester en justice, il résulte de l'article 13 que les sociétés de secours mutuels ayant satisfait aux dispositions organiques de la loi ont cette capacité tant en demandant qu'en défendant, par le président ou par le délégué ayant mandat spécial à cet effet ; elles peuvent en outre obtenir l'assistance judiciaire aux conditions imposées par la loi du 22 janvier 1851, remplacée aujourd'hui par celle du 10 juillet 1901.

L'action à intenter doit être limitée à l'un des objets en vue desquels les statuts confèrent le pouvoir de représentation ; les sociétés ne sauraient être admises, le cas échéant, à faire tous procès quelconques sous le prétexte qu'un de ses membres y serait intéressé. Une société de secours mutuels ne pourrait agir que si les statuts obligeaient le sociétaire à abandonner à la société ses droits et actions contre le tiers.

2. — *Constitution et composition.*

1. — Les sociétés de secours mutuels peuvent se constituer librement, sans avoir à demander d'autorisation administrative. Toutefois, lorsque la société de secours mutuels est formée entre étrangers, il doit intervenir un arrêté ministériel qui, d'ailleurs, est toujours révocable (art. 3, § 4).

Les deux premiers paragraphes de l'article 4 indiquent les formalités à remplir pour la constitution. Ce sont : un mois avant le fonctionnement d'une société de secours mutuels, ses fondateurs doivent déposer, en double exemplaire : 1° les statuts de la société ; 2° la liste des noms et adresses de toutes les personnes qui, sous un titre quelconque, seront chargées, à l'origine, de l'administration ou de la direction. Le dépôt a lieu, contre récépissé, à la sous-préfecture de l'arrondissement où la société a son siège social ou à la préfecture du département.

La loi n'impose pas que les statuts soient rédigés sur papier timbré, ni qu'ils soient imprimés (Circ. min. int. 29 juillet 1899). Mais elle se préoccupe de leur contenu, et l'article 5 indique les dispositions qui doivent être insérées dans ces statuts. Ce sont notamment : le siège social, les conditions et les modes d'admission et d'exclusion, la composition du bureau et du conseil d'administration,

les obligations et avantages des participants, le montant et l'emploi des cotisations, les conditions de la dissolution volontaire de la société, les bases de la liquidation à intervenir si la dissolution a lieu.

Aussitôt le dépôt fait, le préfet ou le sous-préfet en informe le maire de la commune (art. 4, § 3). En outre, un extrait des statuts est publié dans le *Recueil des actes de la Préfecture* (art. 4, § 4). Cet extrait doit énoncer les dispositions essentielles des statuts et contient, notamment, l'énumération complète des services auxquels la société se propose de pourvoir; il mentionne le titre de la société, ainsi que les noms des membres du bureau (circ. préc. 29 juillet 1899).

Tout changement dans les statuts ou dans la direction doit être notifié et publié selon les formes qui viennent d'être indiquées (art. 4, § 5).

Des règles spéciales sont édictées dans le cas où les sociétés s'occupent de certaines assurances, notamment d'assurances contre les décès et accidents. L'article 9 dispose que les sociétés de secours mutuels sont admises à contracter des assurances, soit en cas de décès, soit en cas d'accidents, aux caisses d'assurances instituées par la loi du 11 juillet 1868, en se conformant aux prescriptions des articles 7 et 15 de cette loi. Ces assurances peuvent se cumuler avec les assurances individuelles.

Le 16 mai 1899 est intervenu un décret qui a fixé la teneur des statuts-types prévus par la loi de 1898. Ces statuts-types sont uniquement des indications dont les sociétés à créer ou existantes peuvent tirer profit pour leur établissement, ou la révision de leurs statuts. Pour les sociétés de secours mutuels constituées dans les armées de terre et de mer, des statuts-modèles sont proposés par les ministres de la Guerre et de la Marine et approuvés par le ministre qui a dans ses attributions la direction des services de la mutalité (loi du 5 décembre 1908).

2. — En ce qui concerne leur composition, les sociétés de secours mutuels peuvent se composer de membres participants et de membres honoraires. Les membres honoraires paient la cotisation fixée ou font des dons à l'association, sans prendre part aux bénéfices attribués aux membres participants; mais les statuts peuvent contenir des dispositions spéciales pour faciliter leur admission au titre de membres participants à la suite de revers de fortune (art. 3, § 1er).

Suivant l'article 5 indiqué plus haut, la loi laisse aux statuts sociaux le soin de fixer les conditions et les modes d'admission et d'exclusion des membres participants et honoraires.

Les femmes peuvent faire partie des sociétés et en créer. Les femmes mariées exercent ce droit sans l'assistance de leur mari ; les mineurs peuvent faire partie de ces sociétés sans l'intervention de leur représentant légal (art. 3, § 2).

3. — *Administration et fonctionnement.*

Les administrateurs et directeurs des sociétés de secours mutuels ne peuvent être choisis que parmi les membres participants et honoraires (art. 3, § 6). Ils ne peuvent être que Français, majeurs, de l'un ou l'autre sexe, non déchus de leurs droits civils ou civiques, sous réserve, pour les femmes mariées, des autorisations de droit commun ; car, s'il n'y a aucun inconvénient à ce qu'une femme soit membre participant, puisqu'elle ne s'engage que pour le montant de sa cotisation, il n'en est pas de même lorsqu'elle est administratrice ; elle engage sa responsabilité. Par exception, les administrateurs des sociétés de secours mutuels constituées entre des étrangers peuvent être des étrangers, mais ils doivent, eux aussi, être pris parmi les membres de la société ; les instructions ministérielles pres-

crivent à cet égard aux préfets de s'assurer si ces administrateurs résident bien dans la localité où est établi le siège social et s'ils sont régulièrement affiliés.

Les membres du conseil d'administration et du bureau des sociétés de secours mutuels sont nommés par le vote au scrutin secret. Tous les sociétaires doivent être appelés au vote.

Les contestations sur la validité des opérations électorales sont portées, dans le délai de quinze jours à dater de l'élection, devant le juge de paix du siège de la société. Elles sont introduites par simple déclaration au greffe; et le juge de paix statue, dans les quinze jours de cette déclaration, sans frais ni formes de procédure, et sur simple avertissement donné trois jours à l'avance à toutes les parties intéressées. Quand il s'agit des sociétés de secours mutuels des armées de terre ou de mer, les contestations sont portées devant le ministre de la Guerre ou de la Marine (Loi du 5 décembre 1908).

C'est aux statuts qu'il appartient de fixer la composition du bureau et du conseil d'administration, ainsi que la nature et la durée de leurs pouvoirs, et de déterminer les conditions du vote à l'assemblée générale en décidant notamment si le vote pourra avoir lieu par procuration.

Les sociétés de secours mutuels régulièrement constituées ont le droit d'ester en justice, tant en demandant qu'en défendant, par le président, ou par le délégué ayant mandat spécial à cet effet (art. 13); elles peuvent obtenir l'assistance judiciaire aux conditions imposées par la loi du 10 juillet 1901.

C'est devant les tribunaux de l'ordre judiciaire, et non devant les tribunaux administratifs que doivent être portées les contestations entre membres d'une société de secours mutuels, sur l'interprétation et l'exécution des statuts ou relativement à leurs intérêts respectifs dans la société (Paris, 5 avril 1883, D. 84, 2, 215; 30 décembre 1885, S. 86, 2, 51).

Il appartient aux tribunaux d'interpréter les statuts qui règlent, relativement à l'exclusion de leurs membres, les clauses qui peuvent l'entraîner, les formes de la procédure à suivre et les conditions du vote, sous la seule réserve de n'en pas dénaturer le sens. Ainsi, si l'un des principaux buts des sociétés de secours mutuels est d'assister leurs membres dans leurs maladies, ces derniers ne doivent réclamer ces secours qu'en cas de maladie sérieuse, et non pour se procurer un gain illicite, au préjudice de la société et de leurs cosociétaires; dès lors, une société de secours mutuels agit dans la limite de son droit quand elle prononce, conformément aux statuts, l'exclusion de l'un de ses membres, pour s'être prévalu indûment de l'existence d'une maladie simulée (Trib. Lyon, 24 juin 1892, *Mon. jud. Lyon*, 15 juillet 1892); de même le membre de la société qui dissimule une maladie chronique au moment de son entrée ne saurait exciper des indispositions inhérentes à sa profession, alors que la plupart des autres membres de la société exercent la même industrie et sont soumis aux même inconvénients (Trib. Lyon, 17 juin 1887, *Mon. jud. Lyon*, 26 septembre 1887).

Lorsque l'exclusion a été prononcée contrairement aux statuts, la société peut être condamnée à indemniser le membre exclu du préjudice qui lui a été causé (Paris, 5 avril 1883, D. 85, 2, 126).

4. — *Unions de Sociétés.*

La loi du 1er avril 1898 ne s'est pas bornée à déterminer la composition et à fixer les conditions du fonctionnement des sociétés de secours mutuels; elle a créé dans la mutualité un nouvel organe, les unions de sociétés, dont les caractères sont

définis par l'article 8. Dans ces unions de sociétés de secours mutuels, chacune d'elles conserve son autonomie. Elles ont *spécialement pour objet*, suivant le paragraphe *a*, l'organisation, en faveur des membres participants, des soins et secours énumérés dans l'article premier, par exemple la création de pharmacies, dans les conditions déterminées par les lois spéciales, notamment par la loi du 21 germinal an XI. D'après cette loi, nul ne peut ouvrir une pharmacie s'il n'est pharmacien, muni d'un diplôme régulier ; toutefois certaines communautés et certains hôpitaux sont autorisés à avoir des pharmacies pour leur usage intérieur ; les sociétés de secours mutuels leur ont été assimilées, elles peuvent avoir des officines gérées par des pharmaciens diplômés, à condition qu'elles ne vendent pas au public, mais seulement à leurs membres (Circ. min. int., 29 juillet 1899).

La gratuité n'est pas une condition essentielle de la délivrance des médicaments dans les pharmacies créées dans les sociétés de secours mutuels ; il appartient aux sociétés de déterminer le mode et les conditions de la fourniture (Cass., 22 décembre 1900, *Rev. des sociétés*, 1901, I, 74).

Les unions présentent cet avantage que, pour les soins et secours, elles peuvent, moyennant une cotisation des sociétés adhérentes, permettre à celles-ci de faire ce qu'elles ne pourraient accomplir en restant dans l'isolement, et notamment d'étendre la durée des soins et des secours au delà des limites fixées dans les statuts de chacune des parties.

Le paragraphe *b* de l'article 8 attribue aux unions la faculté d'admettre, dans l'une des sociétés qu'elles agrègent, les membres participants des autres sociétés également agrégées qui changent de résidence.

Le paragraphe *c* confère aux unions le droit de régler les pensions de retraite des participants rattachés à une seconde société. Pour opérer la liquidation de ces sortes de pensions, elles doivent déterminer la part contributive du capital constitutif de chaque société à laquelle les ayants droit ont été ou sont affiliés, si toutefois les statuts des sociétés dont ils sortent prévoient les retraites, en se basant sur les trois coefficients ci-dessous : 1° le temps de l'application ; 2° le taux des cotisations ; 3° le montant des fonds de retraite (Circ. min. int., 29 juillet 1899).

Le paragraphe *d* accorde aux unions, dégagées des obligations prescrites par la loi du 24 juillet 1867, le privilège de constituer, avec les sociétés qui les composent, des assurances mutuelles pour couvrir les risques divers auxquels les sociétés se sont engagées à pourvoir, notamment de créer des caisses de retraites et d'assurances communes à plusieurs sociétés pour les opérations à long terme et les maladies de longue durée. Les unions peuvent englober un nombre indéterminé de sociétés dans les mêmes opérations, centraliser leurs recettes, destinées à la création des pensions garanties ou non garanties, en effectuer le versement aux caisses qui leur sont affectées distinctement, et se charger de la liquidation des pensions lorsqu'elles arrivent à échéance. Relativement aux maladies de longue durée, ce paragraphe met également à la disposition des unions les moyens de prolonger les soins aussi longtemps que la santé des malades l'exige, par la combinaison employée au moyen du paragraphe *a* (même circulaire).

Le dernier paragraphe de l'article 8 admet que des unions peuvent être formées pour le service des placements gratuits. Les administrateurs des associations composées de membres appartenant à une même profession ou à des professions similaires peuvent aussi offrir des renseignements et des moyens précieux, pour le placement de leurs membres, aux sociétés de secours mutuels composées de membres hétérogènes au point de vue professionnel (même circulaire).

Quant à la constitution de ces unions de sociétés, elle a lieu en vertu de délibérations prises par l'assemblée de chaque société, et portant adhésion au projet d'union et à ses statuts. Copie de ces délibérations, certifiée par le président et le secrétaire de chaque société adhérente, est transmise au siège provisoire de l'union, avec désignation du ou des mandataires chargés de représenter la société (Décret, 25 mars 1901, art. 11).

Le procès-verbal de constitution est soumis à la première assemblée générale de l'union. Cette assemblée est composée des délégues des sociétés adhérentes spécialement désignés à cet effet (Art. 12).

L'union n'est définitivement constituée que le jour où les administrateurs élus ont accepté leur mandat (Art. 13).

D'une façon générale, les formalités constitutives des unions de sociétés sont les mêmes que celles relatives aux sociétés. Le dépôt de leurs statuts doit être effectué à la préfecture du département où est établi leur siège social (Circ. min. int., 29 juillet 1899).

5. — *Dissolution et liquidation.*

La dissolution volontaire d'une société de secours mutuels ne peut être prononcée que dans une assemblée convoquée à cet effet, par un avis indiquant l'objet de la réunion, et à la condition de réunir à la fois une majorité des deux tiers des membres présents et la majorité des membres inscrits (Art. 11, § 1er, loi du 1er avril 1898).

D'autre part, aux termes de l'article 10, paragraphe 2, si une société est détournée de son but de société de secours mutuels et si, trois mois après un avertissement donné par arrêté du préfet du département, cette société persiste à ne pas se conformer aux prescriptions de la loi ou aux dispositions de ses statuts, la dissolution peut être prononcée par le tribunal civil de l'arrondissement trois mois après un arrêté d'avertissement rendu par le préfet. La procédure à suivre est indiquée dans les paragraphes 3, 4, 5, 6. En cas de dissolution prononcée par le tribunal, le jugement désigne un administrateur chargé de procéder à la liquidation définitive.

Dès l'instant que la dissolution est prononcée par la majorité des intéressés ou l'autorité judiciaire, aucun encaissement de cotisations autres que celles échues au jour de la liquidation ne peut plus être effectué (art. 11, § 3). La liquidation s'opère conformément aux statuts; elle est homologuée sans frais par le tribunal, à la diligence du procureur de la République.

6. — *Sanctions civiles et pénales.*

La loi de 1898 a établi des pénalité très douces contre les fondateurs de sociétés qui ne se conforment pas aux prescriptions de la loi.

Les infractions aux dispositions de la loi sont, aux termes de l'article 10, § 1, poursuivies contre les administrateurs ou les directeurs et punies d'une amende de 1 franc à 15 francs inclusivement. Pour le cas où la société est détournée de son but de société de secours mutuels, après avertissement du préfet, on a vu dans quelles conditions il était procédé à la dissolution de la société.

En cas de fausse déclaration faite de mauvaise foi ou de toutes autres manœuvres tendant à dissimuler, sous le nom de sociétés de secours mutuels, des associations ayant un autre objet, les administrateurs et directeurs sont passibles d'une amende de 16 à 500 francs; et le tribunal correctionnel a le droit de prononcer la dissolution de la société à la requête du ministère public.

CHAPITRE II

RÈGLES SPÉCIALES AUX DIVERSES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS

L'article 14 divise les sociétés de secours mutuels en trois catégories :

1° Les sociétés libres ;

2° Les sociétés approuvées ;

3° Les sociétés reconnues comme établissements d'utilité publique.

Les unions de sociétés sont classées également dans ces trois catégories. Les unions approuvées ne comprennent que des sociétés approuvées ou reconnues d'utilité publique ; les unions libres peuvent être composées de sociétés reconnues, approuvées ou libres.

1. — *Sociétés libres.*

Les sociétés libres, se constituant et s'administrant sans autorisation préalable, ont le minimum de capacité ; ce qu'elles peuvent faire, les autres le peuvent *a fortiori*.

L'article 15 leur concède une certaine personnalité : elles peuvent recevoir et employer les sommes provenant des cotisations des membres honoraires et participants, et faire d'une manière générale des actes de simple administration ; elles peuvent posséder des objets mobiliers, prendre des immeubles à bail pour l'installation de leurs divers services. Elles peuvent, avec l'autorisation du préfet, recevoir des dons et legs mobiliers ; cependant, si la libéralité est faite à une société dont la circonscription comprend des communes situées dans des départements différents, il est statué par décret. S'il y a réclamation des héritiers du testateur, il est statué par un décret du Président de la République, le Conseil d'État entendu. Lorsque l'emploi des dons et legs n'est pas déterminé par le donateur ou le testateur, cet emploi est prescrit par l'arrêté ou le décret d'autorisation, en exécution de l'article 4 de l'ordonnance du 2 avril 1817.

Aux termes de l'article 39, des médailles d'honneur peuvent être accordées par le gouvernement aux membres participants des sociétés de secours mutuels libres qui lui en paraissent le plus dignes. Les titulaires de ces récompenses peuvent les porter publiquement.

2. — *Sociétés approuvées.*

L'approbation est donnée, par arrêté du Ministre de l'Intérieur, aux sociétés de secours mutuels qui lui soumettent leurs statuts (art. 16 § 1er).

Cette approbation ne peut être refusée que dans deux cas : 1° pour non-conformité des statuts avec les dispositions de la loi ; 2° si les statuts ne prévoient pas des recettes proportionnées aux dépenses, pour la constitution des retraites garanties ou des assurances en cas de vie, de décès ou d'accident.

L'approbation ou le refus doit avoir lieu dans le délai de trois mois ; en cas de refus, un recours peut être formé devant le Conseil d'État.

Tout changement dans les statuts d'une société approuvée doit être l'objet d'une nouvelle demande d'approbation.

Avantages. — Les sociétés approuvées ont tout d'abord les avantages accordés aux sociétés libres. Les articles 17 et suivants leur concèdent en outre : capacité civile étendue, gratuité des locaux, livrets et registres dont ils ont besoin, remise partielle de la taxe sur les frais funéraires, exemption des droits de timbre et d'enregistrement, bonification d'intérêts, subventions de l'État.

Tous ces avantages ne peuvent pas être indistinctement réclamés par toutes les sociétés de secours mutuels approuvées.

L'article 28 dispose, en effet, dans son paragraphe premier, que les sociétés de secours mutuels qui accordent à leurs membres ou à quelques-uns seulement des indemnités moyennes ou supérieures à 5 francs par jour, des allocations annuelles ou des pensions supérieures à 360 francs, et des capitaux en cas de vie ou de décès supérieures à 3,000 francs, ne participent pas aux subventions de l'État, et ne bénéficient ni du taux spécial d'intérêts fixé par les décrets des 26 mars 1852 et 26 avril 1856, ni des avantages accordés par la loi, sous forme de remise de droits d'enregistrement et de frais de justice. Le motif de cette disposition est le suivant: autant il est équitable de venir en aide aux personnes de condition modeste qui, par un prélèvement continu sur leurs modiques ressources, s'assurent contre les risques inhérents à la vie humaine, autant il est inadmissible que le produit de l'impôt serve à accorder des faveurs à des personnes aisées, qui usent du levier puissant de l'association pour supporter des charges toujours lourdes pour les individus isolés.

Le paragraphe 2 du même article dispose que les sociétaires qui s'affilieront à plusieurs sociétés, en vue de se constituer une rente supérieure à 360 francs ou des capitaux en cas de vie ou de décès supérieurs à 3,000 francs, seront exclus des sociétés de secours mutuels dont ils font partie, sous peine, pour la société, de perdre les avantages concédés par la loi. Cette interdiction se justifie parce que l'affiliation à plusieurs sociétés approuvées aurait abouti à rendre illusoires les dispositions du paragraphe premier.

Au sujet des avantages concédés, il faut signaler quelques particularités :

1° La loi décide, dans son article 17, § 1er, qu'à la différence des sociétés libres, les sociétés de secours mutuels peuvent recevoir des dons et legs immobiliers, sous réserve de l'autorisation du Conseil d'État (§ 2); il importe, en effet, qu'avant d'accepter ces dons et legs, au cas où une charge serait imposée, comme une réserve d'usufruit au profit du donateur ou d'une tierce personne, on examine la question de savoir si la société est en mesure de supporter cette charge. C'est également avec cette autorisation du Conseil d'État que les sociétés et les unions approuvées peuvent acheter les immeubles nécessaires à leurs services administratifs ou d'hospitalisation (§ 3); la circulaire de 1899 porte que de telles acquisitions entraînant de lourdes charges et pouvant, le cas échéant, compromettre les finances et la sécurité des sociétés, la prudence commande l'intervention du Conseil d'État qui statuera au mieux des intérêts.

2° Les communes, suivant l'article 18, paragraphe premier, sont tenues de fournir aux sociétés approuvées qui le demandent les locaux nécessaires à leurs réunions, ainsi que les livrets et registres nécessaires à l'administration et à la comptabilité. En cas d'insuffisance des ressources des communes, cette dépense est mise à la charge des départements. Dans le cas où la société s'étend sur plusieurs communes ou sur plusieurs départements, cette obligation incombe d'abord à la commune dans laquelle est établi le siège social, ensuite au département auquel appartient cette commune.

La circulaire du 15 septembre 1901 dit que les locaux pour la tenue des réunions doivent être, autant que possible, ceux des mairies, ou, à leur défaut, des salles communales suffisamment spacieuses pour contenir l'ensemble des sociétaires. C'est la commune qui choisit le local, et la société doit s'en contenter s'il remplit les conditions nécessaires pour sa destination; dans le cas contraire, elle peut s'adresser au préfet, et même exercer un recours devant le Conseil d'État.

3° Dans les villes où il existe une taxe municipale sur les convois, il est accordé aux sociétés approuvées remise des deux tiers des droits sur les convois dont elles peuvent avoir à supporter les frais aux termes de leurs statuts. En cas de décès d'un membre participant, la famille du décédé doit avertir immédiatement le président ou le secrétaire de la société, qui sont tenus de faire à la mairie les déclarations nécessaires en temps voulu, pour obtenir la réduction légale.

4° L'article 19 prononce l'exemption des droits de timbre et d'enregistrement pour tous les actes intéressant les sociétés approuvées : le droit de timbre de quittance n'est pas perçu également sur les reçus des membres honoraires ou participants, les reçus des sommes versées aux pensionnaires, ainsi que les registres à souche qui servent au paiement des journées de maladie.

5° Aux termes des premiers paragraphes de l'article 21, les sociétés de secours mutuels approuvées sont admises à verser des capitaux à la Caisse des dépôts et consignations : 1° en compte courant disponible ; 2° en un compte affecté, pour toute la durée de la société, à la formation et à l'accroissement d'un fonds commun inaliénable. Ces sommes bénéficient d'un taux minimum exceptionnel de 4 1/2 °/₀, obtenu grâce à des bonifications imputées sur le budget de l'État (§§ 7 et 8.)

6° Les arrérages des dotations et les subventions annuelles inscrites au budget du ministère de l'Intérieur au profit des sociétés de secours mutuels sont employés à accorder à ces sociétés des allocations pour encourager la formation des pensions de retraites à l'aide du fonds commun ou du livret individuel ; pour bonifier les pensions liquidées à partir du 1er janvier 1895, et dont le montant, y compris les subventions de l'État, ne sera pas supérieur à 360 francs : pour donner, en raison du nombre de leurs membres, des subventions aux sociétés qui ne constituent pas de retraites (art. 26).

Obligations spéciales. — En échange de ces avantages, la loi de 1898 a imposé aux sociétés de secours mutuels approuvées certaines obligations, en vue surtout d'assurer le bon emploi de leurs ressources, qui proviennent en grande partie des libéralités de l'État.

Elle donne à ces sociétés une très large latitude pour la gestion de leur fortune ; leurs placements doivent être effectués en dépôt aux caisses d'épargne, à la Caisse des dépôts et consignations, en rentes sur l'État, bons du Trésor ou autres valeurs visées ou garanties par l'État, en obligations des départements ou des communes, du Crédit foncier de France ou des Compagnies françaises de chemins de fer qui ont une garantie d'intérêts de l'État (art. 20, § 1). Par mesure de sécurité, le paragraphe 4 de cet article 20 exige que les titres et valeurs au porteur, dont la perte entraîne des conséquences graves, et dont la négociation est facile, soient déposés à la Caisse des dépôts et consignations, qui est chargée de l'encaissement des arrérages, coupons et primes de remboursement de ces titres et en porte le montant au compte de dépôt de chaque société ; cette disposition ne concerne que les titres au porteur, car les titres nominatifs ne peuvent être détournés par les agents ou administrateurs infidèles.

La loi de 1898 permet aux sociétés approuvées d'effectuer des placements en immeubles, mais jusqu'à concurrence seulement des trois quarts de leur avoir, et aussi sous cette réserve que l'acquisition doit être votée à la majorité des trois quarts des voix par une assemblée générale extraordinaire composée au moins de la moitié des membres présents ou représentés. Les sociétés approuvées ont donc la faculté d'acquérir des immeubles représentant une immobilisation de capitaux (art. 17) et des immeubles représentant un placement (art. 20).

D'autre part, les sociétés approuvées sont admises à verser des capitaux à la Caisse des dépôts et consignations soit en un compte courant qu'elles ont la faculté de retirer librement après un préavis de quelques jours, soit à un compte, dit fonds commun de retraites, qui demeure aliéné.

Le paragraphe 2 de l'article 23 limite le droit des sociétés, lorsqu'il s'agit d'une pension alimentée par le fonds commun. Les pensions de retraite alimentées par le fonds commun sont constituées à capital réservé au profit de la société; elles sont servies directement par celle-ci à l'aide des intérêts dudit fonds, ou par l'intermédiaire de la Caisse nationale des retraites.

Pour bénéficier de ces pensions, les membres participants doivent : *a*) être âgés d'au moins 50 ans; *b*) avoir acquitté la cotisation spéciale pendant quinze ans au moins; *c*) avoir rempli les conditions statutaires fixées pour l'obtention de la pension. En ce qui concerne les sociétés qui constituent des retraites garanties, c'est-à-dire qui prennent des engagements fermes relativement à la quotité des retraites, elles sont tenues de produire, tous les cinq ans au moins, au ministre de l'Intérieur, la situation de leurs engagements, éventuels ou liquides, et des ressources correspondantes, en se conformant aux modèles qui leur sont fournis par l'administration compétente; elles doivent modifier, s'il y a lieu, leurs statuts, d'après les résultats de ces inventaires ou moins quinquennaux. Ces dispositions ont pour but de contrôler, à intervalles réguliers, les capitaux du fonds commun, employés ou destinés au service des pensions de retraites garanties.

A côté des pensions alimentées par le fonds commun, il y a les pensions constituées par le livret individuel. Le livret individuel appartient en toute propriété à son titulaire, à capital aliéné ou réservé; avec ce livret, le sociétaire suppute la répercussion mathématique de chaque versement sur le quantum de sa retraite dont la formation s'opère pour ainsi dire sous ses yeux; il a une certitude absolue de toucher une retraite, s'il atteint l'âge fixé par les statuts. Le mécanisme du livret consiste en des inscriptions mises annuellement sur le livret de chaque sociétaire, qui ne doivent être considérées que comme des états de situation provisoire, susceptibles de révision, et ne peuvent constituer des droits acquis qu'autant qu'ils sont conformes aux statuts.

Ces pensions fonctionnent quant à la réception et à l'administration des sommes versées au compte du titulaire, avec l'aide de la Caisse des retraites pour la vieillesse, ou bien encore, au choix des sociétés, avec celle d'une caisse spéciale gérée par la société de secours mutuels, et pour ce motif, dénommée par la loi caisse autonome. A ce sujet, l'article 27 de la loi de 1898 prévoit un règlement d'administration publique devant déterminer les conditions et garanties à exiger pour l'organisation des caisses autonomes que les sociétés ou les unions peuvent constituer; ce règlement est intervenu le 25 mars 1901. Aux termes de ce règlement, les caisses autonomes ont exclusivement pour but soit la constitution de pensions de retraites, soit l'assurance en cas de vie, de décès ou d'accident; il y a une caisse distincte pour chacune de ces catégories d'opérations. Aucune caisse ne peut pratiquer l'assurance en cas de décès ou d'accident, si le nombre de ses participants est inférieur à 3,000; ce minimum est abaissé à 2,000 pour les caisses constituant des pensions de retraites ou pratiquant l'assurance en cas de vie.

Retrait d'approbation et dissolution. — Dans le cas d'inexécution des statuts ou de violation des dispositions de la loi, l'approbation peut être retirée par un décret rendu en Conseil d'État, sur la proposition motivée du ministre de l'Intérieur, et après avis du conseil supérieur des sociétés de secours mutuels, lequel

est convoqué dans le plus bref délai. La décision portant retrait d'approbation est susceptible d'un recours contentieux devant le Conseil d'État, sans ministère d'avocat et avec dispense de tous droits (art. 30).

Le retrait de l'approbation laisse à la société la faculté de fonctionner à l'état libre, à moins que le ministre de l'Intérieur, appréciant les causes du retrait, ne juge à propos de saisir le procureur de la République pour lui demander de faire à la société application de l'article 10 (Circ. min. Int., 29 juillet 1899).

Lorsque la dissolution de la société est votée par l'assemblée générale, conformément aux statuts, ou ordonnée par le tribunal, la liquidation est poursuivie sous la surveillance du préfet ou de son délégué (art. 31). Il est prélevé sur l'actif social et dans l'ordre suivant :

1° Le montant des engagements contractés vis-à-vis des tiers ;

2° Les sommes nécessaires pour remplir les engagements contractés vis-à-vis des membres participants, tels que les pensions viagères ;

3° Un certain nombre de sommes indiquées par la loi, pour être notamment versées au compte de la dotation des sociétés de secours mutuels.

Si, après le paiement des engagements contractés vis-à-vis des tiers et des sociétaires, il ne reste pas de fonds suffisants pour le plein des prélèvements figurant au 3°, ces prélèvements ont lieu au marc le franc des versements faits respectivement par l'État, le département, les communes, les particuliers.

L'actif restant est réparti entre les membres participants appartenant à la société au jour de la dissolution, et non pourvus d'une pension ou indemnité annuelle, au prorata des versements opérés par chacun d'eux depuis leur entrée dans la société, sans qu'ils puissent recevoir une somme supérieure à leur contribution personnelle. Le reliquat est attribué au fonds de dotation.

3. — *Sociétés reconnues comme établissements d'utilité publique.*

Les sociétés de secours mutuels et les unions sont reconnues comme établissements d'utilité publique par un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique (art. 32).

La demande est adressée au préfet avec la liste nominative des personnes qui y ont adhéré et trois exemplaires des projets de statuts et du règlement intérieur.

Les sociétés de cette nature jouissent des avantages conférés aux sociétés approuvées. Elles peuvent, en outre, posséder et acquérir, vendre et échanger des immeubles, dans les conditions déterminées par le décret les déclarant d'utilité publique (art. 33).

CHAPITRE III

CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA MUTUALITÉ

La loi du 1er avril 1898 a institué, près le ministère de l'Intérieur, un conseil supérieur de sociétés de secours mutuels, qui surveille le fonctionnement et tout ce qui intéresse le développement et la marche régulière de la mutualité.

Ce conseil est composé de trente-six membres, indiqués par l'article 34. Parmi ces membres, il y a un membre de l'Académie de médecine, désigné par l'Académie et un représentant des syndicats médicaux, élu par les délégués de ces syndicats. A cet égard, un décret du 13 juin 1899 a réglé les conditions dans lesquelles il est procédé à l'élection de ces délégués : aux termes de ce décret, le représentant au conseil supérieur des syndicats organisés en exécution de l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, doit être

Français, âgé de 30 ans au moins, non déchu de ses droits civils et civiques; il doit, en outre, avoir été pendant cinq ans au moins membre d'un de ces syndicats.

Le nombre des délégués de chaque syndicat est calculé sur le chiffre total de ses membres et dans les proportions suivantes : jusqu'à cinquante membres, un délégué; de cinquante et un à cent membres, deux délégués. Au-dessus de cent membres, le nombre de deux délégués est augmenté d'un délégué par cent membres. Le nombre des délégués, déterminé conformément aux bases ci-dessus indiquées, est arrêté par le préfet, chaque année, avant le 15 décembre, d'après les renseignements statistiques envoyés par les syndicats avant le 1er juillet. Les syndicats qui ne fournissent pas ces renseignements avant cette date perdent le droit d'avoir des délégués (art. 2 du décret).

Aux termes de l'article 3, les délégués sont choisis par les assemblées générales des syndicats; ils doivent être Français, âgés de 30 ans au moins, non déchus de leurs droits civils et civiques. Les femmes mariées doivent être pourvues des autorisations de droit commun.

Lorsqu'il y a lieu de procéder à l'élection du représentant au conseil supérieur, le ministre de l'Intérieur fixe le jour, l'heure et la durée des opérations électorales par un arrêté inséré au *Journal officiel*. Le jour fixé doit toujours être un dimanche (art. 4).

A la suite de la publication dudit arrêté, les présidents des syndicats appelés à choisir leurs délégués sont invités par le préfet à procéder à cette élection par leurs assemblées générales, dans un délai maximum de dix jours. Les noms des délégués sont envoyés au maire de la commune où siègent les syndicats qu'ils représentent. Le maire en arrête et en transmet la liste au préfet. Cette liste est affichée à la mairie. L'élection des délégués peut être attaquée dans un délai de cinq jours devant le juge de paix, soit par les membres du syndicat, soit par le maire, dans la forme et les conditions prévues à l'article 6 de la loi du 1er avril 1898.

Au jour fixé pour l'élection du représentant au conseil supérieur, chaque délégué remet au maire son bulletin de vote, dans une enveloppe cachetée; à Paris, le bulletin est remis au préfet de la Seine.

L'élection a lieu à la majorité absolue des suffrages exprimés. Dans le cas où aucun candidat n'obtiendrait la majorité absolue, il est procédé, quinze jours après, à un second tour de scrutin; cette fois, l'élection a lieu à la majorité relative.

Aux termes de l'article 9 du décret, l'élection peut être attaquée par tout électeur devant le ministre de l'Intérieur, dans le délai de dix jours à partir de la publication des résultats de l'élection au *Journal officiel*.

Dans le cas où le représentant des syndicats médicaux cesse, pour une cause quelconque, de faire partie du conseil supérieur avant l'expiration de son mandat, il est procédé à son remplacement dans un délai de deux mois (art. 10).

Tous les membres du conseil supérieur des sociétés de secours mutuels sont nommés pour quatre ans : leurs pouvoirs sont renouvelables; leurs fonctions sont gratuites (art. 34, loi du 1er avril 1898). Le ministre de l'Intérieur est président de droit de ce conseil.

Le conseil est convoqué au moins une fois tous les six mois, et toutes les fois que cela lui paraîtra nécessaire. Il reçoit communication des états statistiques et des comptes rendus de la situation financière fournis par les sociétés de secours mutuels, ainsi que des inventaires au moins quinquennaux, et des autres documents fournis par les sociétés de secours mutuels, en exécution des articles 8, 23

et 29 de la loi. Il donne son avis sur toutes les dispositions réglementaires ou autres qui concernent le fonctionnement des sociétés de secours mutuels, et notamment sur le mode de répartition des subventions et secours attribués sur les mêmes bases et dans les mêmes proportions pour les retraites constituées soit à l'aide du fonds commun, soit à l'aide de livrets individuels.

L'article 35 porte que sept membres nommés par le ministre, dont quatre pris parmi ceux qui procèdent à l'élection, constituent une section permanente, qui a pour fonctions de donner son avis sur toutes les questions qui lui sont renvoyées, soit par le conseil supérieur, soit par le ministre.

LOI

concernant la responsabilité des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail.

(9 avril 1898.)

PRÉLIMINAIRES

1. — Le code civil ne contient aucune disposition relative à la question des accidents du travail ; aussi ces accidents, comme tous les autres, étaient-ils régis, avant la loi du 9 avril 1898, par les principes généraux du droit. L'ouvrier, victime d'un accident, qui voulait obtenir une réparation pécuniaire, devait prouver la faute de son patron, par application de l'article 1382 C. civ. ; ce qui laissait à sa charge tous les accidents dus non seulement à sa propre faute, mais encore à une cause fortuite et inconnue.

En présence d'une solution aussi préjudiciable pour l'ouvrier, on avait essayé de construire des systèmes destinés à rendre plus facile la réparation due à l'ouvrier, victime d'un accident du travail. On a considéré, tout d'abord, qu'il fallait tenir compte des liens contractuels qui unissaient le patron et l'ouvrier, liens formés par le contrat de louage ; et on disait que le patron devait la garantie de sécurité au travailleur qu'il employait. On a dit, en second lieu : lorsqu'un dommage est causé par votre chose, vous êtes toujours et nécessairement tenu de le réparer quand bien même on ne pourrait songer à vous reprocher aucun acte illicite, aucune omission coupable ; car votre responsabilité puise sa source non pas dans une faute délictuelle ou contractuelle, mais bien dans la loi. Mais ces deux systèmes soulevaient de nombreuses critiques juridiques et n'étaient pas suivis en jurisprudence.

Le législateur de 1898 ne s'y est pas attaché. Il a posé en principe que les accidents du travail, survenus dans les conditions qu'il définit, ouvrent à l'ouvrier le droit à une indemnité, indépendamment de toute faute du patron. Le législateur de 1898 a substitué, en matière d'accidents du travail, ce qu'on appelle *le risque professionnel* à toutes les théories ou systèmes antérieurs.

On entend par risque professionnel, le risque inhérent à une profession déterminée, indépendamment de la faute de l'ouvrier et du patron. Le principe du risque professionnel réside dans cette idée simple que tout accident, par cela seul qu'il se rattache à une opération de travail, assure à la victime le droit d'obtenir une indemnité.

Cette notion nouvelle, adoptée par la loi du 9 avril 1898, concernant la responsabilité des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail, a sa source dans des considérations d'équité et de justice sociale. Une grande partie des accidents de travail, dit-on, est due à des cas fortuits ou à une cause non déterminée ; ils sont la conséquence des conditions mêmes du travail, et, à mesure que celui-ci présente plus de danger, leur fréquence augmente. Une imprudence est chose forcée, presque inévitable dans l'industrie moderne.

Le droit à réparation résulte de l'industrie, de la profession elle-même qui engendre les risques. Les formes nouvelles de la production, les grandes forces auxiliaires de l'industrie, l'électricité, la vapeur, font de l'atelier un endroit plein de dangers, une perpétuelle menace pour le travailleur qui y demeure. L'industrie est seule responsable ; avec son développement, elle a créé une part de chances malheureuses et tout un imprévu d'accidents inévitables auxquels il est presque impossible d'échapper.

Il faut ici rappeler la formule de Cobden : « Tout industriel fait entrer en ligne de compte dans son bilan annuel l'usure de ses constructions, de ses machines, de ses outils ; il dresse, en un mot, ce qu'on appelle l'inventaire mort, et pour y faire face, il met en réserve une certaine somme. A plus forte raison doit-il agir de même en ce qui concerne les auxiliaires vivants de son industrie et opérer dans leur intérêt des prélèvements réguliers sur son revenu afin de parer à l'usure de leurs forces et aux accidents qui peuvent les atteindre. »

En même temps qu'elle consacre le risque professionnel, c'est-à-dire le risque du patron, la loi de 1898 accorde une indemnité *forfaitaire*, en ce sens qu'elle est tarifée impérativement, sans autre modification possible qu'une majoration ou une réduction dans le seul cas d'une faute inexcusable du patron ou de l'ouvrier. Cette indemnité est en outre *transactionnelle*, en ce sens que, si elle est allouée dans tous les cas, au lieu de ne l'être que dans quelques-uns comme en l'état antérieur du droit, elle est moindre, par contre, qu'elle ne l'était dans les cas où, auparavant, elle était accordée.

La loi sur les accidents du travail, ayant un caractère exceptionnel, ne peut recevoir application que si les parties se trouvent dans un des cas qu'elle prévoit (Cass., 15 mars 1910, D. 1911, 1, 196).

2. — Les auteurs de la loi du 9 avril 1898 ont entendu créer un droit nouveau, seul applicable en matière d'accidents du travail (Cass., 1er août 1905, D, 1910, 1, 121). La loi constitue un forfait lésant parfois patrons et ouvriers, mais leur accordant certains avantages en compensation ; ce caractère transactionnel et forfaitaire trouve sa sanction, d'une part, dans l'article 30 qui déclare que toute convention contraire à la loi est nulle de plein droit, et d'autre part dans l'article 2, paragraphe 1, qui dispose que les ouvriers et employés ne peuvent se prévaloir, à raison des accidents dont ils sont victimes dans leur travail, d'aucunes dispositions autres que celles de la loi.

Tout d'abord, la question de savoir si la loi est applicable ou non à une espèce déterminée demeure en dehors de toute reconnaissance ou d'accord des parties (Besançon, 2 juillet 1902, *Gaz. des Trib.*, 6 décembre). D'où il résulte que le fait, par le patron, de payer pendant un certain temps à l'ouvrier l'indemnité de demi-salaire ne saurait valider l'engagement, de la part du patron, d'accepter l'application de la loi de 1898 en dehors des cas qu'elle a prévus (Douai, 25 novembre 1902, *Gaz. des Trib.*, 18 janvier 1903).

Les conventions faites avant ou après l'accident qui modifient soit le taux, soit la forme des indemnités, sont nulles, sauf les cas prévus aux articles 2 et 21 ; il

en est ainsi de la convention intervenue entre le patron et son ouvrier qui fixe une rente dépassant le taux le plus élevé fixé par la loi (Trib. civ. des Andelys, 30 avril 1901, *Mon. jud. Lyon*, 10 juin 1901). Sont nulles également toutes conventions étendant ou diminuant le délai de prescription ou de révision.

En second lieu, l'action fondée sur l'article 1382 C. civ. permettant d'obtenir une réparation intégrale, est retirée aux ouvriers vis-à-vis de leurs patrons. Ils n'ont pas le choix entre l'action créée par la loi de 1898 et celle de l'article 1382. L'indemnité accordée par la loi aux ouvriers a un caractère forfaitaire ; elle doit être considérée, au regard de tous, comme la réparation intégrale du préjudice causé par un accident du travail.

L'article 1382 C. civ. trouverait cependant son application, quand l'action du risque professionnel n'est pas possible, parce que l'accident n'était pas survenu par le fait du travail ou à l'occasion du travail (Paris, 21 juillet 1900, D. 1901, 2, 156) ; mais, en ce cas, l'action relève du droit commun et doit être intentée d'après les formes de la procédure ordinaire.

L'article 2 de la loi s'applique aussi bien aux questions de forme et aux questions de compétence qu'à la question du fond du droit.

3. — La loi du 9 avril 1898 est entrée en vigueur le 1er juillet 1899. Elle a été complétée par diverses lois et des décrets ; il faut citer :

1° Trois décrets en date du 28 février 1899 pour l'exécution des articles 26, 27 et 28 de la loi ;

2° Loi du 24 mai 1899 dont l'article premier étend aux accidents prévus par la loi du 9 avril 1898 les opérations de la Caisse nationale d'assurances en cas d'accidents ;

3° La loi du 29 juin 1899, relative à la résiliation des polices d'assurances souscrites par les chefs d'entreprises soumis à l'application de la loi du 9 avril 1898 ;

4° Loi du 30 juin 1899 qui a rendu applicable cette loi de 1898 aux accidents occasionnés par l'emploi de machines agricoles. Cette loi est intitulée : *Loi concernant les accidents causés dans les exploitations agricoles par l'emploi des machines mues par des moteurs inanimés ;*

5° Loi du 22 mars 1902 qui a modifié les articles 2, 7, 11, 12, 17, 18, 20 et 22 ;

6° Loi du 31 mars 1905, qui a modifié les articles 3, 4, 10, 15, 16, 19, 21, 27 et 30.

7° Loi du 12 avril 1906 qui a étendu à toutes les entreprises commerciales les dispositions de la loi du 9 avril 1898, complétée ou amendée par les deux lois précédentes ;

8° Loi du 18 juillet 1907 qui a pour objet la faculté d'adhésion à la législation des accidents du travail ;

9° Loi du 25 octobre 1919 étendant aux maladies professionnelles la loi du 9 avril 1898.

Affichage de la loi.

Les chefs d'entreprise sont tenus, sous peine d'une amende de 1 à 15 francs, de faire afficher dans chaque atelier la loi et les règlements d'administration publique relatifs à son exécution. En cas de récidive dans la même année, l'amende est de 16 à 100 francs. Les inspecteurs du travail peuvent constater les infractions (art. 31).

CHAPITRE PREMIER

CHAMP D'APPLICATION DE LA LOI DE 1898

I. — *Entreprises assujetties au risque professionnel.*

La loi du 9 avril 1898 ne s'étend pas à toutes les industries sans exception : l'article premier en désigne un certain nombre comme étant soumises à ses prescriptions. Ce sont :

1° L'industrie du bâtiment. Sous ce terme sont comprises toutes les industries qui ressortissent au bâtiment : terrassement, démolition, maçonnerie, charpenterie, couverture, plomberie, menuiserie, vitrerie, taille des pierres, carrelage, marbrerie, peinture, serrurerie, etc. (Sachet, *Traité de la législation sur les accidents du travail*, n° 103). Sont en outre comprises dans cette catégorie des industries, les professions qui coopèrent à l'aménagement des bâtiments, telles que les professions de fumiste, électricien, miroitier, sculpteur-décorateur, peintre-décorateur, tapissier.

2° Les usines et manufactures. L'usine est plus spécialement un établissement ayant recours à la fabrication mécanique, et la manufacture plus particulièrement un établissement où la main-d'œuvre domine et où s'opèrent des transformations d'ordre industriel. (Voir la note D. 98, 4,60.) Sont considérées comme manufactures notamment les entreprises de ferronnerie, de carrosserie, de peinture en voitures, de caisses d'emballage, ainsi que les établissements d'un fabricant de dentelles, d'un tailleur, d'une modiste.

Les fabriques rentrent dans la désignation d'usines et manufactures.

3° Les chantiers. Cette expression comprend non seulement tout emplacement où des ouvriers sont occupés à travailler le bois, la pierre, la terre et les différents matériaux destinés à l'édification du bâtiment ou à la construction de routes, chemins, chaussées, travaux d'art, voies ferrées, etc., pour le compte soit de particuliers, soit de l'État, soit des départements, des communes et des établissements publics, mais encore tous ateliers en plein air où l'on dispose certains objets pour les travailler. (Sachet, *op. cit.*, t. I, nos 116 et suiv.)

4° Les entreprises de transport par terre et par eau. Ces entreprises comprennent :

a) Pour la voie de terre, les chemins de fer, les tramways, omnibus, diligences, fiacres servant au transport des personnes, les services de roulage, camionnage, factage servant au transport des choses ;

b) Pour la voie d'eau, les entreprises de navigation sur les fleuves, rivières, lacs et canaux, c'est-à-dire celles qui sont exercées par des mariniers, à l'exclusion des marins et des pêcheurs naviguant sur la mer, qui sont soumis, par la loi du 21 avril 1898, à un régime spécial.

5° Les entreprises de chargement et de déchargement. Ces expressions ne concernent que les entreprises de chargement et de déchargement des navires dans les ports : il faut que le chargement ou le déchargement ait le caractère d'une entreprise, c'est-à-dire qu'il fonctionne pour l'usage du public. (Sachet, t, I, n° 139).

6° Les magasins publics. La loi vise par ces mots les docks, magasins généraux, monts-de-piété, salles de ventes publiques, entrepôts de douane (Voir note D. 98, 4, 61).

7° Les mines, minières et carrières. Cette énumération comprend les mines de sel, mais non les marais salants.

8° Les exploitations dans lesquelles sont fabriquées ou mises en œuvre des matières explosibles. Ces exploitations ne doivent s'entendre que des établissements ayant un caractère commercial ou industriel. (Sachet, *op. cit.*, t. I, n° 144) : elles s'appliquent aux usines à gaz, à acétylène, aux manufactures de pièces pour feux d'artifice, aux laboratoires de pharmacien ou de droguiste, mais non à un laboratoire d'études.

9° Les exploitations où il est fait usage d'une machine mue par une force autre que celle de l'homme ou des animaux. Il faut entendre par ces mots toute force élémentaire ou mécanique, telle que la vapeur, le gaz, l'électricité, l'eau, le vent. Par exemple, un marchand de vins en gros est assujetti à la loi si, pour le transvasement de ses vins et le remplissage de ses tonneaux, il emploie un moteur électrique (Chambéry, 17 juin 1903, D. 1904, 2, 71) ; de même le patron d'un établissement de bains, s'il fait usage d'une machine à vapeur.

On s'est posé la question de savoir si l'énumération contenue dans l'article 1er de la loi était limitative ou énonciative. L'opinion générale est que, si l'énumération n'est pas strictement limitative, les prescriptions de la loi ne sauraient être étendues à des industries non spécifiées qu'autant qu'elles peuvent être assimilées aux industries visées dans l'article 1er (Nîmes, 19 juin 1901, S. 1903, 2, 140).

Cette question a perdu beaucoup de son importance depuis la promulgation des lois du 30 juin 1899, du 12 avril 1906 et du 18 juillet 1907.

La loi du 30 juin 1899 s'applique aux accidents occasionnés par l'emploi de machines agricoles mues par des moteurs inanimés ; elle a étendu l'application de la loi du 9 avril 1898. Cette loi ne concerne pas les travaux agricoles qui ne comportent pas l'emploi des machines mues par des moteurs inanimés (Cass., 8 mai 1901, D. 1901, 1, 272).

La loi du 12 avril 1906 a pour principal objet d'étendre à toutes les entreprises commerciales les dispositions de la loi de 1898. Par les mots « entreprises commerciales », il faut entendre toute entreprise qui se livre à des opérations commerciales, alors même que le bénéfice ne serait pas son but exclusif (Nancy, 11 février 1908, D. 1908, 1, 206).

Depuis cette loi, il ne reste plus, en dehors de la loi de 1898, que les professions libérales et les entreprises agricoles. Mais la loi du 18 juillet 1907 a pour but de donner aux employeurs qui ne sont pas soumis de plein droit à la législation sur les accidents du travail *la faculté de s'y soumettre de leur plein gré ;* par suite, rentrent sous l'application de cette loi : les professions libérales ; les entreprises agricoles en dehors du cas prévu par la loi du 30 juin 1899, où des accidents sont causés par l'emploi de moteurs inanimés ; l'emploi des domestiques exclusivement attachés à la personne.

2. — *Personnes responsables du risque professionnel.*

L'article 1er met la responsabilité des accidents professionnels à la charge du *chef d'entreprise*, en vertu de sa seule qualité, sans exiger la preuve d'aucune faute à sa charge.

On doit entendre par chef d'entreprise celui qui dirige l'exploitation ou l'industrie et qui en recueille les bénéfices. Ce peut être une personne privée, une personne publique, telle que l'État (Cons. État, 5 août 1913, *Gaz. Pal.*, 1913, 2, 490), le département, la commune, ou une collectivité, telle que les sociétés et notamment les coopératives réalisant une production industrielle, payant des salaires

aux sociétaires employés et, le cas échéant, à des auxiliaires (V. Cass., 6 janv. 1914, *Gaz. Pal.*, 16 mars 1914).

Dans l'agriculture, le chef d'entreprise, c'est le propriétaire exploitant lui-même ou le fermier.

Le particulier qui traite avec un ouvrier pour l'exécution d'un travail ne devient pas un chef d'entreprise tenu des accidents qui surviendraient à l'ouvrier (Cass., 21 décembre 1903, D. 1904, 1, 73).

Il existe une catégorie d'entreprises, aux termes de l'article 1er, § 2, qui échappent aux charges du risque professionnel : ce sont les ouvriers qui travaillent seuls d'ordinaire et n'emploient qu'accidentellement des ouvriers.

Les accidents survenus dans l'agriculture par suite de l'emploi de moteurs mécaniques sont à la charge de l'exploitant dudit moteur, et l'exploitant est défini par la loi du 30 juin 1899 « l'individu ou la collectivité qui dirige le moteur ou le fait diriger par ses préposés ». L'entrepreneur dirige ordinairement la machine ; propriétaire ou non de cette machine, du moment qu'il la dirige, il est le véritable chef d'entreprise responsable des accidents causés par la machine qu'il exploite.

L'employeur qui, aux termes de la loi du 18 juillet 1907, veut user de la faculté de se soumettre à la législation des accidents du travail, dépose à la mairie du siège de son exploitation, ou, s'il n'y a pas d'exploitation, à la mairie de sa résidence personnelle, une déclaration dont il lui est remis gratuitement récépissé et qui est immédiatement transcrite sur un registre spécial tenu à la disposition des intéressés. Il doit présenter en même temps un carnet destiné à recevoir l'adhésion de ses salariés, sur lequel le maire appose son visa en faisant mention de la déclaration et de sa date (art. 1er de la loi). Les modèles de déclarations d'adhésion et de cessation d'adhésion, ainsi que des carnets, ont été établis par un décret du 30 juillet 1907.

L'article 3 de la loi du 18 juillet 1907 autorise l'employeur à faire cesser son assujettissement à la législation sur les accidents du travail par une déclaration spéciale à la mairie. Cette nouvelle déclaration n'a point d'effet vis-à-vis des salariés qui ont effectué l'adhésion prévue par la loi ; ces derniers peuvent conserver le bénéfice de la législation de 1898 ou y renoncer eux-mêmes.

3. — *Personnes garanties contre le risque professionnel.*

La loi du 9 avril 1898 s'applique aux ouvriers et aux employés de l'un et l'autre sexe.

Les ouvriers et les employés dont le salaire dépasse 2,400 francs annuellement sont soumis à un régime particulier aux termes de l'article 2 : la rente n'est calculée, conformément aux taux fixés par l'article 3, que sur un salaire fictif équivalent à ce chiffre ; pour le surplus, c'est-à-dire pour la différence entre le salaire réel et la somme de 2,400 francs, la victime a droit à une rente supplémentaire, qui est du quart des rentes stipulées à l'article 3.

L'ouvrier est celui qui se livre à un travail manuel ; l'apprenti est un ouvrier. L'employé est celui qui, sans se livrer manuellement au travail, collabore au résultat industriel (Loubat, *Traité sur le risque professionnel*, nos 141 et 142) ; tel est le cas des comptables, commis aux écritures, directeurs, ingénieurs, surveillants ; mais ne sont pas des employés, les administrateurs d'une société, les voyageurs de commerce, les simples domestiques et serviteurs attachés à la personne.

Les personnes étrangères à l'industrie qui ne sont ni ouvriers, ni employés ne peuvent pas se prévaloir du risque professionnel ; il en est ainsi du médecin qui est mandé dans l'usine auprès d'un malade ou d'un blessé et qui est victime d'un accident (Sachet. *Traité de la législ. sur les accidents du travail*, t. Ier, nº 193).

Pour que la personne, victime d'un accident, puisse invoquer le bénéfice du risque professionnel, deux conditions doivent être remplies ; il faut :

1º L'existence d'un contrat de louage ou d'apprentissage ;

2º L'exercice de la surveillance et de la direction de l'employeur.

Tout d'abord, pour que le principe du risque professionnel reçoive son application, il faut qu'il existe un contrat de louage de services entre l'ouvrier ou l'employé et l'employeur ; une des conditions essentielles d'une convention de ce genre réside dans la stipulation d'un salaire, puisque les indemnités que la loi accorde sont calculées en prenant pour base le chiffre de ce salaire.

L'existence d'un contrat de louage sera prouvée par tous les moyens de preuve du droit commun, par écrit ou par témoins. Le fait par l'ouvrier de travailler dans l'usine avec le consentement du patron constitue une preuve suffisante du contrat.

Il importe peu que l'ouvrier ait été embauché par le patron lui-même ou par son préposé.

La loi de 1898 n'établit de lien de droit qu'entre l'ouvrier et celui avec lequel il a contracté en livrant ses services et duquel il tient son salaire. Elle s'applique même si l'ouvrier ou l'employé participent aux bénéfices de l'exploitation, cette circonstance ne leur conférant pas la qualité d'associé et l'assimilation au chef de l'entreprise, dont ils restent les subordonnés (Sachet, *op. cit.*, t. I, nº 179) ; et également dans le cas où ils travaillent en coopération, le caractère coopératif de leur travail n'en supprimant pas le caractère industriel (Sachet, *op. cit.*, t. I, nº 180).

En second lieu, l'ouvrier qui travaille pour le compte d'un patron doit être sous le contrôle ou sous la surveillance de ce patron pour avoir le droit de réclamer le bénéfice du risque professionnel. (Cass. 8 avril 1910, D. 1911, 1, 85.) D'une façon générale, le fait de travailler à forfait est exclusif de toute surveillance et, par suite, de toute responsabilité ; une convention de travail à la tâche constitue un contrat de louage d'ouvrage, et non une entreprise à forfait, si l'ouvrier travaille sous la surveillance du chef d'entreprise. (Cass., 30 déc. 1908, D., 1911, 1, 35.)

4. — *Accidents constituant le risque professionnel.*

L'accident est une atteinte au corps humain, provenant de l'action soudaine et violente d'une force extérieure ; il s'entend de toute lésion de l'organisme, apparente ou non apparente, interne ou externe, profonde ou superficielle. Ce sont notamment des blessures, contusions, plaies, entorses, fractures, foulures ; ce sont, sous la forme de submersion, l'asphyxie, l'intoxication. (Sachet, *op. cit.*, nºs 256 et suiv.).

Pour que l'accident donne droit aux indemnités fixées par la loi de 1898, il faut qu'il soit survenu *par le fait ou à l'occasion du travail* de la victime. Par travail, on entend l'accomplissement de la fonction spéciale à laquelle la victime de l'accident est préposée dans une exploitation industrielle. (Sachet, *op. cit.*, t. I, nº 310.) L'accident est réputé *par le fait du travail*, lorsqu'il a eu pour cause immédiate et directe le travail même que l'ouvrier était en train d'exécuter ; tel est le cas de l'ouvrier menuisier qui se blesse avec le marteau ou avec la scie qu'il est en train de manier. Il est réputé *survenu à l'occasion du travail*, quand

il a un lien plus ou moins étroit, un lien indirect, même purement occasionnel, avec le travail de la victime. Il en sera ainsi quand l'accident se sera produit sur le lieu et pendant le temps du travail, par le fait du matériel de l'entreprise ou par le fait du personnel dont le voisinage est imposé pour l'exécution du travail ou encore par le fait des forces de la nature si le travail a eu pour conséquence d'en provoquer ou d'en aggraver l'action ; en un mot, ce sont des accidents qui, sans être la conséquence du travail, n'ont pu se produire qu'en raison même du travail et qui ne se seraient pas produits si l'ouvrier n'avait pas été au service du patron; comme exemple, on peut citer l'accident provenant de la circulation de l'ouvrier dans un chantier de construction semé d'obstacles, au milieu de matériaux mal assujettis, dans des passages dangereux dont l'accès ne lui a pas été interdit et qu'il parcourt soit pendant son travail, soit pendant qu'il s'y rend ou qu'il le quitte (Trib. civ. Seine, 24 août 1900, D., 1901, 2, 276) ; la blessure faite à un employé par un ouvrier de l'entreprise au cours d'une discussion occasionnée par le règlement du compte de celui-ci, auquel il procédait dans le bureau et sur l'ordre du patron (Dijon, 30 mars 1903, D., 1904, 2, 166) ; l'insolation survenue à l'ouvrier, pendant le mois de juillet, au cours d'un travail exécuté en plein soleil, dans des conditions qui aggravaient les dangers que faisait courir la température (Cass., 2 mars 1904, D. 1904, 1, 553).

L'expression *à l'occasion du travail* est très compréhensive : la loi n'exige pas que l'accident se rattache à la profession, elle indemnise tout accident, même s'il est provoqué par un fait absolument étranger au travail exécuté par la victime ; il suffit, comme nous venons de le dire, que cet accident se soit produit à l'heure et au lieu du travail. La Cour de cassation a en conséquence décidé que la loi de 1898 était applicable dans le cas où un ouvrier est tué par l'éclat d'une bombe lancée d'un aéroplane allemand, au moment où, en exécution des ordres de son patron, l'ouvrier était occupé à exécuter son travail ; dès lors les représentants de cet ouvrier sont recevables à invoquer le bénéfice de la loi. (Cass., 18 avril 1918, D. 1918, 1, 25.)

5. — *Maladies ; Maladies professionnelles.*

L'accident se distingue de la maladie, en ce qu'il a toujours une cause extérieure et que cette cause se manifeste d'une façon soudaine et violente. Au contraire, la maladie a généralement une cause intérieure et son évolution est d'ordinaire lente et continue. La hernie est considérée tantôt comme une maladie, tantôt comme un accident : si elle est le résultat d'un vice de naissance (hernie congénitale) ou d'une dégénérescence morbide (hernie de faiblesse), elle est regardée comme une maladie ; si, au contraire, elle est le résultat d'un traumatisme (hernie de force), on l'envisage comme un accident. Certaines affections confinent à la maladie et à l'accident, comme les lombagos, les tours de reins, durillons forcés, ampoules, ruptures de varices ; à cet égard, les tribunaux ont un large pouvoir d'appréciation.

Mais, en principe, la loi de 1898 ne visant que les accidents, la jurisprudence exclut de son bénéfice les maladies, et notamment les maladies professionnelles. (Cass., Req., 23 juillet 1902, D. 1903, 1, 274).

Une loi récente, la loi du 25 octobre 1919, a étendu la législation sur les responsabilités des accidents du travail aux maladies d'origine professionnelle, sous certaines conditions. Cette loi ne s'applique pas à toutes les maladies professionnelles ; pour qu'elle s'applique, il faut que la maladie professionnelle soit men-

tionnée dans les tableaux annexés à la loi. Donc, pour toutes maladies non mentionnées dans ces tableaux, c'est la jurisprudence antérieure qui s'applique.

Il faut noter qu'aux termes de l'article 13, la loi du 25 octobre 1919 n'entrera en vigueur que quinze mois après sa promulgation, qui a eu lieu au *Journal officiel* du 27 octobre. Toutefois les dispositions de l'article 12, *qui intéressent plus particulièrement les médecins*, seront applicables un mois après la promulgation du décret prévu à cet article.

Maladies professionnelles. — L'article 2 de la loi de 1919 considère comme maladies professionnelles, les affections aiguës ou chroniques mentionnées aux tableaux qui sont annexés à la loi, lorsqu'elles atteignent des ouvriers habituellement occupés aux travaux industriels correspondant à la maladie.

Pour l'application de la loi, il faut donc la réunion des conditions suivantes :

1° Affection aiguë ou chronique mentionnée dans les tableaux annexés à la loi. Nous donnons d'autre part le texte complet de ces tableaux, avec l'indication du délai de responsabilité qui est d'un an. Ces tableaux se rapportent : *a*) au saturnisme professionnel ou maladies causées par le plomb et ses composés; — *b*) à l'hydargyrisme professionnel ou maladies causées par le mercure et ses composés. Les tableaux indiquent les maladies engendrées par l'intoxication saturnine ou mercurielle.

2° Ces maladies doivent atteindre des ouvriers *habituellement* occupés aux travaux industriels *correspondants*.

Ce sera une question à résoudre par les tribunaux de savoir ce qu'il faut entendre par « habituellement ». Mais l'ouvrier qui se livrerait occasionnellement aux travaux visés par la loi ne bénéficierait pas des dispositions prévues par celle-ci.

Les travaux industriels, susceptibles de provoquer l'intoxication saturnine ou mercurielle correspondante aux maladies, sont indiqués dans les tableaux annexés à la loi.

La nomenclature des maladies professionnelles auxquelles s'applique la loi peut être augmentée et les tableaux annexés peuvent être revisés et augmentés par des lois ultérieures (art. 2, § 2).

Déclaration de la victime. — La victime, qui demande réparation en vertu de la loi nouvelle, doit déclarer la maladie professionnelle dont elle est atteinte, dans les quinze jours qui suivent la cessation du travail, au maire de la commune, qui en dresse procès-verbal et en délivre immédiatement récépissé (art. 5, § 1.)

Cette déclaration est accompagnée d'un certificat de médecin, indiquant la nature de la maladie et ses suites probables (art. 5, § 2). Copie de cette déclaration est transmise immédiatement par le maire au chef d'entreprise qui occupait l'ouvrier malade et à l'inspecteur départemental du travail, ou à l'ingénieur des mines chargé de la surveillance de l'entreprise.

Déclaration du médecin. — L'article 12 prescrit au médecin de faire une déclaration dans les circonstances suivantes : en vue de la prévention des maladies professionnelles et de l'extension ultérieure de la loi, la déclaration de toute maladie ayant un caractère professionnel et comprise dans une liste établie par décret, après avis de la commission supérieure, est *obligatoire* pour tout docteur en médecine ou officier de santé qui en peut connaître l'existence. Cette déclaration est adressée au ministre du travail, par l'intermédiaire de l'inspecteur du travail et de l'ingénieur ordinaire des mines, et indique la nature de la maladie et de la profession du malade; elle est faite à l'aide de cartes-lettres détachées d'un

carnet à souche circulant en franchise et gratuitement mises à la disposition des médecins.

On a vu que cet article 12 était applicable un mois après la promulgation du décret qu'il prévoit.

Responsabilité du patron. — Tout patron dont les procédés de travail comportent l'usage des substances susceptibles de provoquer les maladies professionnelles visées par la loi, est assujetti à la législation sur les responsabilités des accidents du travail.

Les procédés de travail d'un industriel peuvent ne plus comporter l'usage des substances dont il s'agit; le patron doit alors faire une déclaration pour n'être plus soumis aux obligations de la loi. Mais il demeurera responsable, durant le délai fixé pour son exploitation et dans les conditions indiquées à l'article 3, des maladies professionnelles pouvant atteindre les ouvriers qu'il employait avant le dépôt de sa déclaration. Toute déclaration du chef d'entreprise reconnue fausse entraîne à sa charge une condamnation à une amende de 100 à 5,000 francs, et à un emprisonnement de trois jours à un mois (art. 4).

L'ouvrier peut quitter l'exploitation assujettie avant que la maladie se soit déclarée. A cet égard, l'article 3 déclare que, lorsqu'un ouvrier quitte une exploitation assujettie, son employeur reste responsable des maladies professionnelles correspondant à cette exploitation, qui peuvent atteindre cet ouvrier durant le délai spécialement fixé aux tableaux annexés à la loi; ce délai est d'un an. Mais la responsabilité ainsi édictée va en décroissant en raison du temps écoulé entre le départ de l'ouvrier et le moment où survient une incapacité de travail résultant de la maladie et comportant une indemnité. Si, à ce moment, l'ouvrier travaille dans une autre entreprise également classée dans les exploitations correspondantes à ladite maladie, le nouvel employeur n'est responsable que pour le surplus de l'indemnité fixée par les articles 3 et 4 de la loi du 9 avril 1898. Cependant sa part de responsabilité peut être augmentée par le tribunal, s'il a commis une faute inexcusable ayant pu avoir une répercussion sur la santé de la victime.

C'est le dernier des employeurs responsables qui est tenu, vis-à-vis de la victime ou de ses ayants droit, pour le tout de l'indemnité, sauf son recours contre les employeurs précédents. La loi n'a pas voulu mettre l'ouvrier qu'elle protège dans l'obligation d'exercer des recours multiples, dont il ne serait jamais sorti.

Commission supérieure des maladies professionnelles. — L'article 10 institue une Commission supérieure des maladies professionnelles qui est spécialement chargée de donner son avis sur les modifications à apporter aux tableaux prévus à l'article 2, sur les extensions à donner à la loi et sur toutes les questions d'ordre médical et technique qui lui sont renvoyée par le Ministre du Travail. Parmi les membres de cette commission doivent être compris : deux membres de l'Académie des Sciences désignés par leurs collègues; deux membres de l'Académie de Médecine désignés par leurs collègues; deux professeurs de la Faculté de Médecine désignés par la Faculté; deux médecins membres de la Commission d'hygiène industrielle désignés par celle-ci.

Un décret doit déterminer le mode de nomination et de renouvellement des membres, ainsi que la désignation du président et du secrétaire.

Pénalités. — L'article 11 punit d'une amende de 100 à 500 francs et d'un emprisonnement de trois jours à trois mois quiconque, par menaces, dons, promesse d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques faits à des accidentés du travail, à des syndicats ou associations, à des chefs d'en-

treprise, à des assureurs, ou à toute autre personne, aura attiré ou tenté d'attirer les victimes d'accidents du travail, ou des maladies professionnelles, dans une clinique ou un cabinet médical, ou officine de pharmacie, et aura ainsi porté atteinte ou tenté de porter atteinte à la liberté de l'ouvrier de choisir son médecin ou son pharmacien.

Tarifs. — Les articles 6 et 7 indiquent les conditions dans lesquelles seront établis les tarifs.

Un règlement d'administration publique doit déterminer les conditions spéciales dans lesquelles fonctionneront les syndicats de garantie qui, concurremment avec les sociétés d'assurances, pourront garantir les employeurs contre les risques visés par la loi.

CHAPITRE II

INDEMNITÉS

La loi a classé les accidents en quatre catégories, suivant qu'ils entraînent :

1° Une incapacité de travail absolue et permanente ;

2° Une incapacité partielle et permanente ;

3° Une incapacité temporaire ;

4° La mort de la victime.

Le chef d'entreprise sert à la victime ou à ses ayants droit des rentes et allocations dont le taux est déterminé par la loi ; il supporte en outre les frais médicaux et pharmaceutiques et, le cas échéant, les frais funéraires.

1. — *Rentes et allocations.*

1° *Incapacité permanente et absolue.* — C'est celle qui rend l'ouvrier impotent et le met dans l'impossibilité définitive et complète de se livrer à aucun travail lucratif, et conséquemment de gagner aucun salaire. (Voir D. 1900, 2, 81.) Les tribunaux ont un pouvoir souverain d'appréciation à cet égard ; il y a incontestablement incapacité permanente et absolue, si l'accident a eu pour conséquence l'amputation des deux bras, ou une cécité complète. (Paris, 16 février 1901, D. 1901, 2, 457.)

La victime de l'accident a droit à une rente égale aux deux tiers de son salaire annuel (art. 3, § 2). Pendant la période du traitement, il a droit à une indemnité journalière, égale à la moitié du salaire touché au moment de l'accident.

En cas d'accident du travail subi par un ouvrier dont le salaire est variable, l'indemnité journalière, ou demi-salaire, doit être calculée d'après le salaire moyen des journées de travail pendant le mois qui précédait l'accident. (Cass., 16 fév. 1910, D. 1911, 1, 134.)

2° *Incapacité permanente et partielle.* — C'est celle qui, sans rendre l'ouvrier inhabile à toute espèce de travail, diminue cependant sa capacité au point de vue du travail auquel il est employé, tout en lui laissant la possibilité de travailler de son métier ou de tout autre avec un salaire réduit. L'ouvrier reste atteint d'une diminution définitive de son aptitude au travail.

Il n'est pas possible d'énumérer les infirmités avec un coefficient déterminé de l'incapacité entraînée ; le législateur abandonne aux tribunaux le soin d'arbitrer la réduction de capacité (Montpellier, 6 mars 1900, D., 2, 449) ; ils doivent tenir spécialement compte de la profession de la victime. Est une incapacité permanente partielle : chez un charretier, une fracture de l'omoplate suivie de l'anky-

lose du bras gauche (Tr. Narbonne, 13 fév. 1900, D. 1901, 2, 82); chez un ouvrier charpentier, la perte d'une phalange du médius gauche, l'ankylose de l'index de la même main (Tr. Nancy, 11 décembre 1899, D. 1900, 2, 8.); chez un ajusteur, la perte d'un œil, lorsque l'acuité visuelle de l'ouvrier est diminuée de moitié (Besançon, 11 juillet 1900, D. 1901, 2, 457).

L'ouvrier a droit à une rente égale à la moitié de la réduction que l'accident a fait subir au salarié (art. 3, § 3). Il a droit également pendant la période du traitement à la moitie du salaire.

3° *Incapacité temporaire.* — C'est celle qui a été causée par une lésion guérissable, quel que soit le temps nécessaire à cette guérison; elle a pour conséquence non pas une réduction de salaire dans l'avenir, mais une simple suppression de salaire dans le présent (D. 1900, 2, 81).

L'ouvrier a droit jusqu'à la guérison, ou plus exactement jusqu'à la consolidation de la blessure, à une indemnité journalière égale à la moitié du salaire touché au moment de l'accident. Pour le jour même de l'accident, l'ouvrier a droit à son plein salaire. Pour les jours suivants : si l'incapacité a duré dix jours ou moins de dix jours, il n'est dû aucune indemnité temporaire pour les quatre premiers jours d'incapacité (non compris le jour même de l'accident) ; l'indemnité temporaire n'est donc due qu'à partir du cinquième jour après l'accident. Au contraire, si l'incapacité a duré plus de dix jours, la loi du 31 mars 1905, modifiant la loi de 1898, édicte que l'indemnité est due à partir du premier jour. L'indemnité est journalière, c'est-à-dire due pour tous les jours de la semaine, ouvrables ou non (Paris, 8 mars 1901. S. 1901, 2, 300); ce système, admis en jurisprudence, sous l'empire de la loi de 1898, a été consacré législativement par la loi du 31 mars 1905.

4° *Accidents mortels.* — L'accident peut entraîner la mort de la victime; en ce cas, la loi accorde à certaines personnes limitativement déterminées, le droit d'exiger la réparation du préjudice que cette mort leur cause. Ces ayants droit ne peuvent prétendre à une pension que si, d'une part, le décès eat une suite de l'accident et d'autre part que le décès est survenu moins de trois ans après le règlement fixant la rente de la victime, quand la mort n'a pas eu lieu immédiatement après l'accident.

Conjoint. — Le conjoint survivant a droit à une rente viagère égale à 20 °/₀ du salaire annuel, à la condition qu'il ne soit ni divorcé, ni séparé de corps et que le mariage ait été contracté antérieurement à l'accident (art. 3, § 6). Cette rente ne comporte aucune réduction, en raison du concours du conjoint survivant avec les enfants créanciers d'une rente, réserve faite de l'application de l'article 2, si le salaire dépasse 2,400 francs (Lyon, 7 juin 1900. D. 1901, 2, 12).

La loi ne faisant pas de distinction pour le sexe du conjoint, le mari aussi bien que la femme a droit à la rente viagère.

Si le conjoint se remarie, la rente est supprimée; mais il reçoit, à titre d'indemnité définitive, un capital égal à trois fois le montant de la rente (art. 3, § 7).

Enfants. — La rente accordée aux enfants présente deux caractères : d'abord, elle est temporaire et non viagère; elle s'éteint pour les enfants ayant atteint l'âge de seize ans. En second lieu, elle est variable et non fixe; le taux de la pension varie suivant le nombre d'enfants et suivant qu'ils ont perdu leurs père et mère ou l'un d'eux seulement.

S'il y a perte des père *et* mère, la rente est pour chacun des enfants de 20 °/₀ du salaire annuel sans que l'ensemble des rentes puisse dépasser 60 °/₀ ; par suite, dans le cas où il y a quatre enfants, la rente pour chacun d'eux est de 15 °/₀.

S'il y a perte du père *ou* de la mère, la rente est de 15 °/₀ du salaire annuel s'il n'y a qu'un enfant, de 25 °/₀ s'il y en a deux, de 35 °/₀ s'il y en a trois, de 40 °/₀ s'il y en a quatre ou un plus grand nombre.

Il n'y a pas à distinguer entre les enfants légitimes, adoptifs ou naturels, pourvu que ceux-ci soient régulièrement reconnus avant l'accident.

Ascendants et descendants. — Si la victime n'a, dit l'article 3 *c*), ni conjoint, ni enfant dans les termes des paragraphes *a*) et *b*), chacun des ascendants et descendants qui était à sa charge recevra une rente qui sera viagère pour les ascendants et payable jusqu'à l'âge de seize ans pour les descendants.

Cette rente est égale à 10 °/₀ du salaire annuel de la victime, sans que le montant total des rentes allouées puisse dépasser 30 °/₀. Chacune des rentes est, le cas échéant, réduite proportionnellement. Les descendants dont parle la loi sont les petit-enfants.

Pour déterminer le sens de l'expression « être à la charge de la victime » les tribunaux ont un pouvoir d'appréciation étendu qui s'exerce en considération des circonstances et de la personne qui demande. On peut dire que l'ascendant, pour avoir droit à une pension, doit avoir reçu, du vivant de son descendant, quelque secours de celui-ci, ou du moins ait formé contre la victime, avant le décès de celle-ci, une demande en pension alimentaire ou peut-être même engagé avec lui des pourparlers amiables. (Sachet, *op. cit.*, nᵒˢ 431 et suiv. Trib. Lyon, 24 fév. 1900. S. 1900, 2, 177). Mais, conformément au principe général qui met la preuve à la charge du demandeur, il appartient aux ascendants demandeurs en rente viagère de prouver qu'ils étaient à la charge de la victime. (Douai, 16 juillet 1900. S. 1901, 2, 198).

Collatéraux. — Le bénéfice de la loi du 9 avril 1898 est réservé, en dehors du conjoint, aux parents en ligne directe. Dès lors, les collatéraux, tels que les frères et sœurs, n'ont droit à rien contre le patron.

Incessibilité et insaisissabilité. — Les rentes constituées en vertu de la loi de 1898 sont incessibles et insaisissables (art. 3, § 13).

Étranger. — L'ouvrier étranger est, en principe, indemnisé de la même manière, aux mêmes conditions que le travailleur français ; cependant, s'il abandonne le territoire français, il reçoit pour toute indemnité un capital égal à trois fois la rente qui lui avait été allouée (art. 3, § 14).

Quant aux représentants de l'ouvrier étranger, ils ne reçoivent aucune indemnité si, au moment de l'accident, ils ne résident pas en France (art. 3, § 15).

2. — *Frais médicaux, pharmaceutiques et funéraires.*

L'article 4, modifié par la loi du 31 mars 1905, met à la charge du chef d'entreprise les frais médicaux et pharmaceutiques et les frais funéraires.

Les frais médicaux et pharmaceutiques, qui sont la conséquence directe de l'accident, sont dus pendant tout le temps que court l'indemnité temporaire, c'est-à-dire à partir du cinquième jour de l'accident, ou même, depuis la loi du 31 mars 1905, à partir du premier jour si l'incapacité a duré plus de dix jours, jusqu'au jour de la guérison ou de la consolidation de la blessure, ou du décès (Cass., 26 oct. 1903, D. 1904, 1, 510.)

Ils comprennent toutes les dépenses nécessitées par le traitement. Ce sont notamment : les honoraires du médecin et le coût des médicaments, les frais des opérations chirurgicales de tous les degrés, les frais de traitements électro-thérapiques, radiothérapiques, hydrothérapiques, etc., les frais des appareils ortho-

pédiques ou autres nécessaires pendant la période du traitement, c'est-à-dire jusqu'au jour de la consolidation de la blessure. Mais on ne saurait comprendre parmi les frais médicaux le prix de bottines orthopédiques, alors que l'emploi de ces chaussures n'a pas été prescrit par un homme de l'art en vue d'amener la guérison ou la consolidation de la blessure (Cass., 19 juillet 1905, D. 1907, 1, 332), ni les frais de location de voitures nécessités par les voyages de l'ouvrier entre sa résidence et un établissement mécanothérapeutique, alors qu'il a fait choix de cet établissement en refusant les offres d'hospitalisation ou de mise en pension qui lui étaient faites par le patron (même arrêt).

Si la victime est soignée par le médecin du chef d'entreprise, la totalité des frais est à la charge de ce dernier, à quelque chiffre qu'ils puissent s'élever. Mais l'ouvrier est autorisé à s'adresser soit à un médecin, soit à un pharmacien de son choix ; en ce cas, les charges du patron sont limitées.

La somme jusqu'à concurrence de laquelle le chef d'entreprise peut être tenu des frais médicaux et pharmaceutiques est fixée par le juge de paix conformément à un tarif établi par arrêté du ministre du commerce après avis d'une commission spéciale. Ce tarif ne peut être modifié qu'à intervalle de deux ans.

Le patron est autorisé à désigner au juge de paix un médecin chargé de le renseigner sur l'état de la victime, qui doit se laisser visiter par lui au moins une fois par semaine, en présence du médecin traitant prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée ; si la victime refuse de se prêter à cette visite, le juge de paix décide, après l'avoir convoquée par lettre recommandée, que le paiement de l'indemnité temporaire est suspendu.

Le médecin traitant et le pharmacien sont autorisés à se faire payer conformément aux usages (Avis com. consult. des ass. contre les accidents du travail du 31 mai 1899, D. 1900, 4, 20).

Aux termes de l'article 30 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905, il est interdit de porter atteinte au droit de l'ouvrier de choisir son médecin ou son pharmacien.

Si la victime est soignée à l'hôpital, les frais d'hospitalisation sont, depuis la loi de 1905, à la charge du patron sans distinction. Les frais d'hospitalisation, tout compris, ne peuvent dépasser le tarif établi pour l'application de l'article 24 de la loi du 15 juillet 1893 majoré de 50 %, ni excéder jamais 4 francs par jour pour Paris, ou 3 fr. 50 partout ailleurs.

Les médecins et pharmaciens ou les établissements hospitaliers peuvent actionner directement le chef d'entreprise (art. 4 modifié par la loi du 31 mars 1905).

Quant aux frais funéraires, ils sont dus par le patron à concurrence d'un maximum de 100 francs. Cette somme peut ne pas être atteinte ; l'usage des lieux doit être suivi en cette matière. S'il y a contestation, le montant de ces frais est arrêté par le juge de paix (art. 15).

3. — *Base de l'indemnité.*

Le législateur a pris pour base de la tarification des différentes rentes accordées le salaire de l'ouvrier. Le salaire en proportion duquel la rente est calculée est dit *salaire de base ;* comme la détermination de ce salaire dépend de circonstances de fait nombreuses et variables, elle est laissée à l'appréciation des tribunaux (Cass., 3 déc. 1901, D. 1902, 1, 381).

Le salaire est, par définition, la rétribution d'un travail fait pour quelqu'un ; il comprend tout ce que l'ouvrier reçoit en argent et en nature (Douai, 25 juillet 1900, D. 1901, 2, 156). En nature, il comprend les allocations de charbon fournies

par une compagnie minière à ses ouvriers, les frais de nourriture, de logement ; en argent, il comprend le salaire normal reçu par l'ouvrier pendant l'année.

Les gratifications doivent être comprises dans le salaire quand elles sont habituelles et périodiques, parce que généralement elles correspondent à un surcroît de travail imposé au personnel à certains moments de l'année. Quant aux pourboires, les tribunaux ont à examiner s'il y a lieu d'en tenir compte : si l'usage veut que l'ouvrier reçoive un pourboire du client, ce qui a pour conséquence un salaire réduit versé par le patron, le pourboire devient un supplément de salaire qui doit entrer dans le calcul de la rente.

Le salaire de base servant à la fixation des rentes s'entend du salaire touché par l'ouvrier pendant les douze mois écoulés avant l'accident.

Le calcul du salaire ne présente aucune difficulté si l'on se trouve en présence d'un ouvrier qui, dans l'année précédant l'accident, a fourni 365 jours pleins de travail, moyennant un salaire journalier dont on connaît le montant ; il suffit d'une simple addition pour connaître le salaire annuel. Mais, généralement, il n'en est pas ainsi, parce que l'ouvrier n'accomplit pas dans une même entreprise 365 jours pleins de travail.

S'il a travaillé moins d'un an dans l'entreprise où le travail est continu, le salaire de base comprend d'abord la rémunération effective reçue par l'ouvrier depuis son entrée dans l'entreprise, augmentée de la rémunération qu'il aurait pu recevoir pendant la période de travail nécessaire pour compléter les douze mois, d'après la rémunération moyenne des ouvriers de la même catégorie pendant ladite période.

Au cas où il s'agit d'une entreprise à travail non continu (art. 10, § 3), le salaire de base est calculé tant d'après la rémunération reçue pendant la période d'activité que d'après le gain de l'ouvrier pendant le reste de l'année. Les entreprises à travail non continu sont aussi bien celles qui n'ont qu'une période d'activité pendant l'année que celles qui, ouvertes toute l'année, ne fonctionnent pas pendant tous les jours de la semaine.

Si l'ouvrier a chômé exceptionnellement et pour des causes indépendantes de sa volonté, il est fait état du salaire moyen qui eût correspondu à ces chômages.

L'article 8 de la loi, par dérogation à l'article 10, établit une règle spéciale pour le calcul du salaire des apprentis et ouvriers mineurs de 16 ans. Une règle spéciale existe aussi pour le calcul du salaire des ouvriers agricoles.

En ce qui concerne les apprentis et ouvriers mineurs de 16 ans, les premiers ne touchent pas de salaire, les seconds n'en touchent un que très réduit. L'article 8, § 1, qui s'applique aux uns et aux autres pour la détermination du mode de computation du salaire de base, décide que le salaire qui servira de base à la fixation de l'indemnité ne sera pas inférieur au salaire le plus bas des ouvriers valides de la même catégorie occupés dans l'entreprise. La catégorie d'ouvriers ainsi visée est celle à laquelle se destine l'apprenti ou le jeune ouvrier. Il semble que l'on doit entendre par l'expression « ouvriers valides » les ouvriers de même catégorie ayant atteint leur majorité et la plénitude de leur capacité professionnelle (Rennes, 26 déc. 1900, D. 1901, 2, 60).

Quant au salaire des ouvriers agricoles, la loi du 30 juin 1899 a spécialement déterminé la base des indemnités qui peuvent être dues pour les accidents agricoles : « Si la victime n'est pas salariée ou n'a pas un salaire fixe, l'indemnité due est calculée selon les tarifs de la loi du 9 avril 1898 d'après le salaire moyen des ouvriers agricoles de la commune. Si le salaire est fixe, c'est l'article 10 de la loi de 1898 qui s'applique. »

4. — *Paiement de l'indemnité.*

1. — Les indemnités sont payées sous forme d'allocations périodiques ; le versement du capital représentatif de ces allocations n'est pas exigé du débiteur (art. 28) ; mais, comme dans certains cas il peut être de l'intérêt de l'ouvrier de recevoir un capital, la loi permet de lui en faire l'attribution.

Dans trois cas, la rente peut être remplacée par un capital (art. 9, § 1, et art. 21, § 2) :

1° Lors du règlement définitif de la rente viagère, après le délai de revision prévu par l'article 19, la victime peut demander que le quart au plus du capital nécessaire à l'établissement de cette rente, calculée d'après les tarifs dressés pour les victimes d'accidents par la caisse des retraites pour la vieillesse, lui soit attribué en espèces.

L'exercice de la faculté de conversion est soumis par l'article 9 à cinq conditions : la conversion doit être accordée par le tribunal ; elle doit être demandée par la victime, ce qui exclut, en cas de décès de celle-ci, ses ayants droit ; le quart *au plus* du capital représentatif de la rente peut être attribué en espèces ; la conversion ne peut être accordée avant l'expiration du délai de revision ; le capital doit être calculé d'après un tarif fixé ;

2° L'article 9 permet aussi à la victime de demander que le capital correspondant à sa rente serve à constituer une rente reversible pour moitié au plus sur la tête de son conjoint, pourvu qu'il n'en résulte aucune aggravation de la charge imposée au patron.

En aucun cas, l'indemnité temporaire ne peut être remplacée par un capital ;

3° Les rentes qui n'excèdent pas 100 francs sont toujours rachetables pour la totalité (art. 21, § 2).

Le rachat est facultatif ; si le débiteur refuse d'y consentir, ou si le créancier ne le demande pas, le tribunal ne peut l'ordonner. Une fois consenti, il est irrévocable ; par conséquent, si par suite de l'action en revision la pension est diminuée ou augmentée, il n'y a pas lieu de revenir sur la convention, hormis l'hypothèse d'une détermination frauduleuse du chiffre de la pension à 100 francs pour rendre la rente rachetable, sauf à réclamer plus tard une augmentation par l'action en revision.

Il faut indiquer, en terminant sur ce point, qu'aux termes de l'article 21, modifié par la loi de 1905, les parties peuvent toujours, après détermination du chiffre de l'indemnité due à la victime de l'accident, décider que le service de la pension sera suspendu et remplacé, tant que l'accord subsistera, par tout autre mode de réparation ; les parties peuvent convenir, après la détermination de la rente viagère, que le service de la rente sera remplacé par l'attribution à l'ouvrier d'un salaire égal à celui qui lui était alloué avant l'accident (Douai, 10 décembre 1900, D. 1902, 1, 339). L'accord ainsi prévu est temporaire ; il a simplement pour effet de suspendre le service de la pension et non d'en opérer le rachat définitif : la volonté d'une seule des deux parties peut mettre fin à cet état de choses, et la pension reprend à partir du jour où l'accord a cessé.

L'article 21 ajoute qu'en dehors des cas prévus par l'article 3 la pension ne peut être remplacée par le paiement d'un capital que si elle n'est pas supérieure à 100 francs et si le titulaire est majeur. Le rachat ne peut se faire que d'après le tarif spécifié à l'article 28.

2. — En cas d'incapacité temporaire, l'allocation journalière n'est due qu'à partir du cinquième jour après l'accident.

Lorsqu'il s'agit d'une incapacité permanente, la doctrine de la Cour de cassation se résume ainsi : la rente viagère se substitue à l'indemnité journalière dès le jour où la blessure est consolidée ; la blessure est consolidée lorsque la victime de l'accident est guérie de la maladie qui a suivi l'accident, ou plus généralement lorsqu'elle se trouve définitivement dans la situation de capacité réduite ou d'incapacité complète qui est la suite de l'accident ; le moment doit être établi d'une manière certaine et c'est seulement à partir du jour où il est certain que la consolidation existait que la substitution de l'une des indemnités à l'autre s'opère.

Les rentes sont payables par trimestre, on admet généralement que le paiement a lieu à terme échu (Dijon, 2 avril 1900, D. 1900, 2, 253. Aix, 25 mai 1900, D. 1900, 2, 451).

La loi n'ayant pas déterminé le lieu du paiement, il faut s'en référer à l'article 1247 du Code civil qui constitue le droit commun en la matière. Le paiement s'effectue donc au domicile du débiteur, qui peut être le patron, une société d'assurances, un syndicat de garantie ou la Caisse nationale des retraites (Toulouse, 7 mars 1901, S. 1903, 2, 95).

5. — *Accidents dus à une faute inexcusable.*

En principe, tous les accidents, sauf les accidents provoqués intentionnellement, sont garantis par le risque professionnel aux mêmes conditions, sans distinguer s'ils sont dus à un cas fortuit ou à une faute du patron ou de l'ouvrier.

La faute intentionnelle est celle qui a été volontairement commise pour produire un accident et se créer ainsi des droits à une indemnité. Elle supprime tout droit à la rente non seulement pour l'ouvrier qui l'a commise mais encore pour ses ayants droit ; c'est ce qui résulte de l'article 20 modifié par la loi du 22 mars 1902.

La faute inexcusable est, peut-on dire, celle qui implique un fait ou une omission d'une gravité exceptionnelle, accompli en parfaite connaissance du danger, au mépris d'instructions impératives ou de défenses formelles (voir D. 1900, 2, 82).

A la différence de la faute intentionnelle, la faute inexcusable autorise non pas la suppression, mais seulement la diminution de la rente, si elle émane de l'ouvrier ; elle autorise sa majoration, si elle émane du patron ou de ses préposés (art. 20) (Cas., 31 juil. 1906, D. 1911, 1, 91).

Faute inexcusable du patron. — Commet une faute inexcusable l'entrepreneur qui n'étaie pas les parties inférieures des tranchées ouvertes dans des terres, qui nécessitent des précautions particulières (Caen, 19 novembre 1900, *La Loi*, 7 décembre 1900) ; mais il n'y a pas faute inexcusable si le patron a seulement ignoré que le fonctionnement de ses appareils fût dangereux ou qu'il aurait été bon de prendre quelques précautions supplémentaires (Tr. civ. Nantes, 27 nov. 1899, D. 1900, 2, 81).

Lorsqu'il est prouvé que l'accident est dû à une faute inexcusable du patron ou de ceux qu'il s'est substitués dans la direction, l'indemnité peut être majorée, mais sans que la rente ou le total des rentes puisse dépasser soit la réduction, soit le montant du salaire annuel.

Faute inexcusable de l'ouvrier. — L'ouvrier commet une faute inexcusable quand, sans ordre du patron et sans nécessité impérieuse, il exécute un travail dangereux en soi, alors qu'il connaît les dangers de ce travail et les moyens de l'éviter (Angers, 16 janvier 1900, D. 1900, 2, 117) ; un mécanicien d'un train de chemin de fer commet une faute inexcusable s'il fait franchir au train sans s'arrêter un disque fixe d'arrêt absolu (Montpellier, 3 mai 1901, D. 1904, 1, 76).

La conséquence de la faute inexcusable de l'ouvrier est que le tribunal peut diminuer la pension allouée par la loi.

CHAPITRE III

GARANTIE DES INDEMNITÉS

Le législateur a non seulement mis à la charge du chef d'entreprise la réparation des accidents du travail survenus aux ouvriers et aux employés ; mais, en outre, il a édicté des mesures de garantie spéciales pour assurer à la victime ou à ses représentants le paiement de l'indemnité.

1. — Cas d'incapacité permanente ou d'accident mortel.

La loi a créé un fonds spécial de garantie, qui a seulement pour but d'assurer le paiement des rentes allouées pour incapacité permanente de travail ou accident mortel.

Ce fonds de garantie est alimenté par des centimes additionnels ajoutés à la patente des industriels assujettis. (Art. 24, 25. 26.)

La taxe spéciale des centimes additionnels à la contribution des patentes, prévu par l'article 25 de la loi du 9 avril 1898, ne pouvait s'appliquer aux entreprises assujetties en vertu de la loi du 12 avril 1906, parce que dans le commerce les patentes n'ont aucun rapport avec les risques d'accidents ; aussi l'article 4 de la loi de 1906 a-t-il fixé à une taxe particulière la contribution des entreprises commerciales pour la constitution du fonds de garantie. En ce qui concerne les entreprises agricoles, on prend comme base de la contribution au fonds de garantie une quote-part de la prime d'assurances elle-même (art. 5 de la loi de 1906). La fixation de la quotité des taxes pour la constitution du fonds de garantie a été modifiée par la loi du 29 mai 1909 ; cette quotité est déterminée chaque année.

Aux termes de la loi du 18 juillet 1907, l'employeur qui n'est pas assujetti obligatoirement à la législation des accidents du travail contribue au fonds de garantie dans les conditions spécifiées par l'article 5 de la loi de 1906.

La Caisse nationale des retraites pour la vieillesse est chargée de la gestion du fonds de garantie ; elle acquitte les indemnités et exerce contre les débiteurs un recours en vue d'obtenir le remboursement des sommes avancées sur le fonds de garantie.

La Caisse nationale des retraites n'est qu'un débiteur subsidiaire ; ce n'est que dans le cas où le débiteur véritable ne paie pas qu'elle indemnise l'intéressé. (Cass. 23 avril 1909, D. 1911, 1, 5.)

Le titulaire d'une rente, aux termes du décret du 28 février 1899, qui n'en reçoit pas le paiement à l'échéance, doit en faire la déclaration au maire de la commune de sa résidence. Cette déclaration est faite par le bénéficiaire, s'il est majeur et maître de ses droits, ou par son représentant légal s'il n'a pas l'exercice de ses droits civils, c'est-à-dire s'il est mineur, interdit, femme mariée, par exemple. A la déclaration sont jointes les pièces destinées à établir l'origine de la créance, ses modifications ultérieures et le refus de paiement opposé par le débiteur.

Récépissé de la déclaration est donné par le maire, qui transmet le dossier au directeur général de la Caisse des dépôts et consignations dans les vingt-quatre heures ; à son tour, celui-ci, dans les quarante-huit heures de sa réception, envoie le dossier au juge de paix du domicile du débiteur en l'invitant à convoquer celui-ci d'urgence par lettre recommandée.

Lors de la comparution, si le débiteur reconnaissant la dette déclare ne pouvoir payer, le juge de paix est autorisé à lui accorder un délai pour s'acquitter ; s'il déclare ne pas être débiteur ou ne l'être que partiellement, le juge de paix dresse procès-verbal du refus total ou partiel de paiement.

Si le débiteur ne comparaît pas, le juge de paix fait une enquête à l'effet de rechercher s'il y a eu changement de domicile ou cessation d'industrie. Le procès-verbal constate la non-comparution et les résultats de l'enquête.

Dans les deux jours qui suivent soit la libération immédiate du débiteur, soit sa comparution, soit la clôture de l'enquête, le juge de paix adresse au directeur général de la Caisse des dépôts et consignations le dossier et le procès-verbal.

Le directeur paie le créancier bénéficiaire de l'indemnité immédiatement après le retour du dossier dans les trois cas suivants : *a*) si le débiteur a reconnu sa dette, mais ne s'est pas libéré ; *b*) si les motifs invoqués pour refuser le paiement ne paraissent pas légitimes ; *c*) si le débiteur ne s'étant pas présenté, la réclamation du bénéficiaire paraît justifiée. Dans le cas où les motifs invoqués par le comparant pour refuser le paiement paraissent fondés ou, en cas de non-comparution, si la réclamation formulée par le bénéficiaire ne semble pas suffisamment justifiée, le directeur renvoie, par l'intermédiaire du maire, au réclamant le dossier produit par lui, en lui laissant le soin d'agir contre la personne dont il se prétend créancier, conformément aux règles du droit commun.

2. — Frais funéraires et médicaux et allocations temporaires.

La créance de la victime de l'accident ou de ses ayants droit, relative aux frais médicaux, pharmaceutiques et funéraires, ainsi qu'aux indemnités allouées à la suite de l'incapacité temporaire de travail, est garantie par le privilège de l'article 2101 du Code civil, où elle est inscrite sous le n° 6 (art. 23 de la loi de 1898).

Le paiement des indemnités temporaires, des frais de maladie et des frais funéraires est une charge personnelle du chef d'entreprise, même s'il est couvert par une assurance. Au contraire, pour les pensions temporaires et viagères, l'assurance qu'il contracte dans les conditions prévues par la loi l'exonère complètement à l'égard de la victime (art. 26, §§ 2 et 23).

Cependant les articles 5 et 6 contiennent une dérogation à cette règle :

a) Les chefs d'entreprise, aux termes de l'article 5, peuvent se décharger, pendant les trente, soixante ou quatre-vingt-dix premiers jours à partir de l'accident, de l'obligation de payer aux victimes les frais de maladie et l'indemnité temporaire ou une partie de cette indemnité, à condition que : 1° les chefs d'entreprise aient affilié leurs ouvriers à des sociétés de secours mutuels ayant adopté les statuts-types déterminés par l'arrêté ministériel du 16 mai 1899 ; 2° ils paient une quote-part de la cotisation qui ne doit pas être inférieure au tiers de cette cotisation ; 3° les sociétés de secours mutuels assurent à leurs membres pendant trente, soixante, quatre-vingt-dix jours, les soins médicaux et pharmaceutiques et une indemnité journalière ;

b) Les exploitants de mines, minières et carrières, suivant l'article 6, peuvent se décharger des frais et des indemnités ci-dessus stipulés moyennant une subvention aux caisses des sociétés de secours constituées en vertu de la loi du 29 juin 1894.

3. — Versement du capital représentatif des indemnités.

L'article 28, paragraphe 1, de la loi de 1898, dispose que le versement du capital représentatif des pensions ne peut être exigé du débiteur.

Mais, comme l'exemption de versement de ce capital est établie dans l'intérêt de

ce dernier, il était naturel de lui permettre de renoncer à cette faculté. Le débiteur qui désire se libérer en une fois peut verser le capital représentatif des pensions à la Caisse nationale des retraites. Le montant du capital est déterminé suivant les tarifs établis par ladite Caisse et promulgué au *Journal officiel* du 10 mai 1899.

D'autre part, lorsqu'un chef d'entreprise cesse son industrie, soit volontairement, soit par décès, liquidation judiciaire ou faillite, soit par cession d'établissement, le capital représentatif des pensions à sa charge devient exigible de plein droit et doit être versé à la Caisse des retraites (art. 28, § 2). Le montant de ce capital est déterminé au jour de son exigibilité d'après le tarif de la Caisse nationale.

CHAPITRE IV

DE LA DÉCLARATION DES ACCIDENTS ET DE L'ENQUÊTE. PROCÉDURE

1. — *Déclaration de l'accident.*

Tout accident ayant occasionné une incapacité de travail doit faire l'objet d'une déclaration au maire de la commune. Les seuls accidents couverts par la loi sont ceux qui entraînent une incapacité de travail de plus de quatre jours; mais l'article 11 ne se préoccupe pas de cette exigence, puisque la déclaration doit être faite dans les quarante-huit heures et qu'on peut alors ignorer la durée de l'incapacité.

C'est au chef d'entreprise ou à ses préposés qu'il convient de faire la déclaration. La déclaration d'accident est obligatoire pour le chef d'entreprise ou ses préposés, sous la peine édictée par l'article 14; elle est facultative pour la victime elle-même ou ses représentants (Cass., 9 mars 1903, *Gaz. Trib.*, 11 mars 1903). Si personne ne déclare l'accident et si personne n'agit en conformité de la loi de 1898, l'ouvrier n'est pas pour cela dans l'obligation de faire la déclaration.

La déclaration doit être faite dans une forme strictement déterminée par le décret du 23 mars 1902, contenant notamment les nom, prénoms, profession et adresse du chef d'entreprise; les nom, prénoms, âge, sexe, profession et adresse de la victime; la nature de l'établissement et son adresse; le lieu, le jour et l'heure où l'accident s'est produit; les circonstances de l'accident; la nature des blessures; les noms, professions et adresses des témoins; le titre et le siège de la société d'assurances ou du syndicat de garantie ou la mention qu'il n'y a pas d'assureur.

Le chef d'entreprise ou ses préposés sont tenus de faire la déclaration dans les quarante-huit heures de l'accident au maire de la commune où ce dernier s'est produit. La victime ou ses représentants ont un délai d'un an pour la faire, c'est-à-dire tant que la prescription de l'action en indemnité n'est pas acquise.

A l'appui de sa déclaration, le déclarant doit déposer un certificat médical si la victime n'a pas repris son travail dans les quatre jours qui suivent l'accident. En cas de refus des médecins appelés à fournir ce certificat, il y aurait lieu pour le juge de paix d'en commettre un d'office. Si la victime refusait de se laisser visiter, le chef d'entreprise apporterait une attestation du médecin constatant ce refus qui a mis un obstacle matériel à la production du certificat. Le certificat indique l'état de la victime, la suite probable de l'accident et l'époque probable à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif.

Nous renvoyons aux pages 652 et suivantes pour les déclarations à faire pour les maladies professionnelles.

2. — *Enquête et expertise médicale.*

1. — L'article 12, § 1, confie la charge de l'enquête au juge de paix du canton où l'accident s'est produit.

L'enquête n'est pas obligatoire pour tous les accidents, mais seulement pour ceux qui ont entraîné la mort ou qui paraissent devoir entraîner la mort ou une incapacité permanente de travail, absolue ou partielle. Le juge est averti de la gravité de l'accident par le certificat médical qui se trouve au dossier ou que la victime lui a transmis postérieurement.

Si ce certificat constate en termes très nets une simple incapacité temporaire, l'enquête n'est pas nécessaire; le juge n'a pas à intervenir.

L'enquête a pour but de rechercher :

1° La cause, la nature et les circonstances de l'accident;

2° Les personnes victimes et le lieu où elles se trouvent, le lieu et la date de leur naissance;

3° La nature des lésions;

4° Les ayants droit pouvant, le cas échéant, prétendre à une indemnité, le lieu et la date de leur naissance;

5° Le salaire quotidien et le salaire annuel des victimes;

6° La société d'assurances à laquelle le chef d'entreprise était assuré ou le syndicat de garantie auquel il était affilié.

L'enquête a lieu contradictoirement dans les formes prescrites par les articles 36, 37, 38 et 39 du code de procédure civile, en présence des parties intéressées, ou celles-ci convoquées d'urgence par lettre recommandée (art. 13, § 1); les parties intéressées sont la victime ou ses ayants droit et le chef d'entreprise.

Rien ne s'oppose à ce que le juge de paix entende à l'enquête les médecins qui ont donné leurs soins au blessé, sans qu'ils puissent se retrancher derrière le secret professionnel. L'obligation imposée au patron de produire un certificat médical indiquant l'état de la victime implique nécessairement que le médecin appelé à donner ses soins est délié du secret professionnel (Trib. Albertville, 26 juillet 1902, *La Loi*, 30 décembre 1902).

Le juge doit commencer l'enquête dans les vingt-quatre heures de la réception du dossier à lui adressé par le maire qui a reçu la déclaration, ou de la réception du certificat médical que la victime lui a transmis. Cette enquête doit être close dans le plus bref délai et au plus tard dans les dix jours à partir de l'accident, sauf les cas d'impossibilité matérielle, dûment constatée dans le procès-verbal (art. 13, § 6).

Le juge de paix avertit, par lettre recommandée, les parties de la clôture de l'enquête et du dépôt de la minute au greffe. Pendant cinq jours, les intéressés peuvent prendre connaissance du procès-verbal et s'en faire délivrer une expédition affranchie du timbre et de l'enregistrement, mais non gratuite. A l'expiration de ce délai de cinq jours, le dossier est transmis au président du tribunal civil de l'arrondissement.

Cette transmission n'a lieu que lorsque l'incapacité doit être permanente ou qu'il y a eu décès. S'il résulte de l'enquête, d'une façon certaine, que l'incapacité n'est que temporaire, le juge conserve le dossier, puisque la contestation qui pourra surgir est de sa compétence exclusive.

2. — Le juge de paix peut aussi ordonner une expertise; l'expert l'assistera dans l'enquête et lui fournira les explications techniques nécessaires pour rendre plus intelligibles les déclarations des témoins.

Il peut désigner un médecin pour examiner le blessé lorsque le certificat médical ne lui paraît pas suffisant, et à plus forte raison s'il n'existe pas de certificat (art. 13, § 3). Le médecin commis dressera un rapport qu'il transmettra au juge de paix dans le plus bref délai. Le juge de paix ne peut pas choisir le médecin qui a soigné le blessé, pas plus qu'un médecin attaché à l'entreprise ou à la société d'assurances ou à la société de secours mutuels auxquelles le patron est affilié (art. 7, § 4); pour qu'on puisse considérer un médecin comme étant attaché à une entreprise ou à une société d'assurances et susceptible, par conséquent, d'être récusé, il faut qu'il s'agissse d'un médecin choisi par l'entrepreneur ou la compagnie, à l'exclusion de tous les autres médecins. Tel n'est pas le cas d'un médecin quand il est constaté que d'autres médecins de la ville ont été chargés, comme lui, de visiter les blessés, et que la compagnie d'assurances s'adresse indifféremment à n'importe quel médecin de la localité (Trib. civ. Angoulême, 5 novembre 1902, *Gaz. Trib.*, 11 janvier 1903).

Cette règle ne peut avoir pour conséquence d'interdire au médecin qui a délivré des certificats dans l'affaire, pas plus qu'au médecin de l'entreprise ou au médecin de l'assurance, d'assister à l'expertise en qualité de mandataire du patron; en pareil cas, en effet, le médecin ne participe pas à l'expertise; il se borne à y représenter ce dernier (Voir Rouen, 30 avril 1902, S. 1903, 2, 63).

3. — *Instances devant le juge de paix.*

Le juge de paix a compétence pour juger les demandes suivantes :

1° *Celles relatives à l'indemnité temporaire.* — C'est le juge de paix du canton où l'accident s'est produit qui connaît de la contestation; il statue dans le délai de quinze jours. Antérieurement à la loi du 31 mars 1905 qui a modifié l'article 15 de la loi de 1898, le juge de paix était compétent pour statuer sur l'indemnité temporaire même en cas d'incapacité permanente; en vertu de cette loi de 1905, si l'une des parties soutient, avec un certificat médical à l'appui, que l'incapacité est permanente, le juge de paix doit se déclarer incompétent par une décision dont il transmet dans les trois jours expédition au président du tribunal civil; il fixe en même temps, s'il ne l'a fait antérieurement, l'indemnité journalière.

L'article 15 règle les voies de recours contre les décisions du juge de paix statuant sur l'indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire. Il n'empêche pas de former opposition, mais il interdit l'appel, à quelque chiffre que la demande puisse s'élever; toutefois les jugements rendus par le juge de paix sont toujours sujets à appel, s'ils ont statué sur une question de compétence, par exemple dans le cas où le chef d'entreprise soutient qu'il ne s'agit pas d'un accident du travail, l'ouvrier ayant été blessé dans une rixe (Cass., 3 fév. 1902, D. 1902, 1, 100);

2° *Celles relatives aux frais funéraires.* — Le législateur assimile ces demandes à celles concernant l'indemnité temporaire; c'est le juge de paix du canton où s'est produit l'accident qui est compétent, et il doit statuer dans les quinze jours de la demande. Ce sont également les mêmes règles qui s'appliquent pour les voies de recours.

3° *Celles relatives aux frais médicaux et pharmaceutiques.* — Le juge de paix du canton où l'accident s'est produit connaît de ces demandes jusqu'à 300 francs en dernier ressort, et à quelque chiffre que ces demandes s'élèvent, à charge d'appel dans la quinzaine de la décision.

La contestation doit exister entre le chef d'entreprise et la victime; par suite, l'article 15 ne s'applique pas s'il s'agit d'une contestation entre un médecin et le

chef d'entreprise qui est venu lui demander ses soins pour un de ses ouvriers blessés (Trib. civ. Poitiers, 26 mars 1901, *Mon. jud. Lyon*, 14 mai 1901).

Quant à la procédure, c'est la procédure ordinaire suivie devant les justices de paix qui est applicable : on doit se conformer aux prescriptions du livre premier du code de procédure civile.

4. — *Instances devant les tribunaux civils.*

Les instances à fin de rente viagère pour incapacité permanente ou pour accident mortel sont de la compétence des tribunaux civils et des cours d'appel (art. 16 modifié par la loi du 31 mars 1905). Le tribunal compétent est celui du lieu où s'est produit l'accident.

La loi a édicté pour les instances dont il s'agit une procédure spéciale de conciliation dont elle a confié l'accomplissement au président du tribunal civil, et non au juge de paix.

Le président a, pour convoquer les parties, un délai de cinq jours dont le point de départ varie suivant les distinctions qui sont faites par l'article 16.

La convocation a lieu par lettre recommandée ou par l'intervention soit du maire, soit du commissaire de police. Elle est adressée à la victime ou à ses ayants droit, au chef d'entreprise qui peut se faire représenter, et à l'assureur, s'il y a assurance.

En cas d'accord entre les parties, l'indemnité est définitivement fixée par l'ordonnance du président qui donne acte de cet accord et indique, sous peine de nullité, le salaire de base et la réduction que l'accident a fait subir au salaire.

En cas de désaccord, le président en donne acte et renvoie les parties devant le tribunal. Celui-ci est saisi par la partie la plus diligente ; en fait, il est saisi par l'assignation donnée par l'ouvrier, conformément au droit commun.

La loi du 31 mars 1905, modifiant l'article 16 de la loi de 1898, permet, en cas de désaccord, de substituer à l'indemnité journalière une provision, inférieure au demi-salaire, mais incessible et insaisissable comme l'indemnité journalière et payable dans les mêmes conditions que celle-ci. Cette provision s'imputera ultérieurement sur la rente. Dans les cas où le montant de l'indemnité ou de la provision excède les arrérages dus jusqu'à la date de la fixation de la rente, le tribunal peut ordonner que le surplus sera précompté sur les arrérages ultérieurs dans la proportion qu'il détermine.

Les arrérages des rentes courent à partir du jour du décès ou de la consolidation de la blessure, sans se cumuler avec l'indemnité journalière ou la provision.

S'il y a assurance, l'ordonnance du président ou le jugement fixant la rente allouée spécifie que l'assureur est substitué au chef d'entreprise.

5. — *Voies de recours.*

Opposition. — L'opposition est ouverte contre toutes les décisions rendues par défaut soit par le juge de paix, soit par le tribunal civil. Les règles relatives à l'opposition sont celles qui sont indiquées dans le code de procédure civil (art. 19 à 22 et art. 149 à 165).

Cependant, l'article 17, paragraphe 2, de la loi de 1898 apporte une modification au droit commun pour les jugements par défaut contre partie signifiés à personne. L'opposition n'est plus recevable pour ces jugements, passé le délai de quinze jours après signification.

Appel. — Les jugements des juges de paix sont rendus en dernier ressort;

l'appel n'est possible que lorsqu'une question de compétence est soulevée (art. 14).

Les jugements des tribunaux civils sont susceptibles d'appel selon les règles du droit commun, c'est-à-dire suivant que l'intérêt du litige dépasse ou ne dépasse pas 1,500 francs (Cass., 2 mars 1903, *Gaz. des Trib.*, 10 juillet 1903).

Il résulte de la combinaison des articles 9, 21 et 28 de la loi du 9 avril 1898, ainsi que des travaux préparatoires, que les juges doivent, lorsqu'ils ont à déterminer le capital des rentes allouées en vertu de cette loi, se fonder sur les tarifs établis par la Caisse nationale des retraites (même arrêt de la Cour de cassation).

Le délai d'appel est indiqué par l'article 17, § 1, modifié par la loi du 22 mars 1902. Sous réserve des dispositions de l'article 449 C. pr. civ., l'appel doit être interjeté dans les trente jours de la date du jugement s'il est contradictoire, et s'il est par défaut, dans les quinze jours à partir du jour où l'opposition n'est plus recevable.

La Cour d'appel doit statuer d'urgence dans le mois de l'acte d'appel (art. 17, § 3). Cette injonction est plutôt un conseil qu'un ordre, puisqu'elle est dépourvue de sanction.

Pourvoi en cassation. — En employant les expressions « les parties pourront se pourvoir en cassation », l'article 17 se réfère au droit commun pour le recours. C'est ainsi que les jugements de paix ne peuvent être attaqués que pour excès de pouvoir : la violation de la loi de 1898 ne constitue pas un excès de pouvoir (Cass., 29 janvier 1901, S. 1902, 1, 17, et la note de M. Wahl, et 22 janv. 1902, D. 1902, 1, 158).

6. — *Prescription.*

Aux termes de l'article 18, modifié par la loi du 22 mars 1902, l'action en indemnité prévue par la loi de 1898 se prescrit par un an à compter du jour de l'accident ou de la clôture de l'enquête du juge de paix ou de la cessation de paiement de l'indemnité temporaire. Le motif de cette disposition est qu'il ne faut pas laisser les chefs d'entreprise sous le coup de réclamations tardives et par cela même suspectes ; la présomption de responsabilité qui pèse sur eux trouve sa contre-partie dans cette courte prescription.

L'article 18 indique trois événements qui constituent le point de départ de la prescription. Il semble logique d'adopter comme point de départ de la prescription le dernier, dans l'ordre des dates, des événements dont il s'agit.

Lorsqu'il s'agit d'une maladie professionnelle, le délai de prescription court du jour de la déclaration faite par la victime. (Art. 5, loi du 25 octobre 1919.)

La prescription de l'article 18 ne s'applique pas à l'action du médecin contre le chef d'entreprise en paiement d'honoraires pour soins donnés à un ouvrier victime d'un accident du travail. Cette action se prescrit par deux ans, conformément au droit commun. (Trib. civ. Seine, 11 juin 1913, *Rec. acc. trav.*, 1913, 182.)

La loi n'ayant pas édicté de mesures spéciales pour l'interruption de la prescription en matière d'accident de travail, il y a lieu de s'en rapporter au droit commun. (Orléans, 14 novembre 1901, S. 1902, 2, 162.) Mais, en ce qui touche cette matière, la prescription n'est pas suspendue par l'état de minorité, car ces litiges doivent être jugés promptement. (Chambéry, 18 novembre 1902, *Gaz. des Trib.* du 28 décembre.)

La prescription est interrompue par la citation en justice adressée par le créancier au débiteur, par la convocation en conciliation des parties faite par le pré-

sident du tribunal, après enquête du juge de paix (Cass., 18 mars 1905, *Gaz. des Trib.* du 18 mars), par la comparution devant le président du tribunal (Lyon, 3 avril 1901, D. 1901, 2, 494). La prescription peut être aussi interrompue par une reconnaissance, émanant du patron, relativement au droit du patron ou de ses ayants cause.

7. — *Révision.*

Les conséquences de l'accident ne sont pas toujours fixées définitivement au moment où intervient un accord entre les parties, ou bien une décision judiciaire déterminant l'indemnité due à la victime. La victime peut tomber dans un état d'infirmité plus accentué que celui dans lequel elle se trouvait lors du règlement; à l'inverse, sa santé qu'on croyait très ébranlée a pu se raffermir progressivement et son incapacité de travail devenir moins sérieuse qu'on ne l'avait cru; elle a même pu complètement disparaître. La loi, faite pour réparer un préjudice et non pour procurer un enrichissement, ne pouvait admettre la fixation irrévocable des indemnités; elle permet de procéder à une nouvelle estimation de l'indemnité, par la demande en révision (art. 19, modifié par la loi du 31 mars 1905).

L'action en révision est ouverte, soit que l'indemnité consiste en une rente ou pension viagère, soit qu'elle consiste en un capital substitué à la rente viagère dans les cas prévus par la loi, ou bien encore s'il s'agit simplement d'une indemnité temporaire.

Elle suppose un fait nouveau. Afin de permettre la découverte du fait nouveau qui peut donner ouverture à l'action en révision pour atténuation de l'incapacité, la loi autorise le patron à organiser, autour de l'ouvrier, une surveillance médicale analogue à celle qu'elle permet pour contrôler l'incapacité temporaire. Le médecin chargé de la surveillance est désigné par le patron au président du tribunal qui vise la désignation; l'ouvrier doit se prêter à la visite une fois par trimestre, faute de quoi tout paiement d'arrérages peut être suspendu par le président, après convocation de la victime par lettre recommandée.

Les causes de révision, qui sont limitativement fixées, sont au nombre de trois :

1° Aggravation de l'infirmité;

2° Son atténuation;

3° Décès de la victime.

L'aggravation de l'infirmité existe, si l'incapacité devient permanente alors qu'on l'avait crue temporaire, si elle devient totale alors qu'on l'avait considérée d'abord comme partielle. Pour qu'il y ait lieu à révision, il faut que l'aggravation soit la conséquence normale de l'accident et non le résultat de la façon défectueuse avec laquelle l'ouvrier s'est soigné; il faut qu'elle n'ait pas été prévue antérieurement et qu'elle se traduise par une diminution dans le degré de capacité de la victime.

Quant à l'atténuation, elle doit, comme l'aggravation, n'avoir pas été prévue dans l'accord des parties ou dans la première décision judiciaire, pour que la révision soit accordée.

Le décès doit avoir sa source dans l'accident survenu. La veuve d'un ouvrier qui a succombé aux suites d'un accident du travail, après avoir obtenu une indemnité, doit demander la révision de cette indemnité si elle veut obtenir pour elle-même la rente allouée aux veuves par l'article 3. (Cass., 16 fév. 1909, D. 1910, 1, 500.)

La demande en revision est ouverte pendant trois ans à compter, soit de la

date à laquelle cesse d'être due l'indemnité journalière, s'il n'y a pas eu attribution de rente, soit de l'accord intervenu entre les parties ou de la décision judiciaire passée en force de chose jugée, même si la pension a été remplacée par un capital en conformité de l'article 21.

Les règles spéciales de compétence *ratione loci* et *ratione materiæ* que la loi de 1898 a établies pour l'exercice de l'action initiale à fin de rente sont applicables à l'action en révision; pour la procédure à suivre, c'est celle édictée par l'article 16.

Aux termes de l'article 19, le président est saisi au moyen d'une simple déclaration faite au greffe par le patron ou l'ouvrier qui entend demander la revision. Dans le cas où un accord survient, le chiffre de la rente revisée est fixé par ordonnance du président, qui donne acte de cet accord, en spécifiant, sous peine de nullité, l'aggravation ou l'atténuation de l'infirmité; s'il y a désaccord, l'affaire est renvoyée devant le tribunal qui est saisi par la partie la plus diligente.

La forclusion de l'action en revision édictée par l'article 19 étant d'ordre public, les parties ne peuvent y renoncer et le juge doit la suppléer d'office. (Grenoble, 19 février 1908, D., 1909, 2, 159.)

8. — *Action contre les tiers.*

L'accident survenu à l'ouvrier pendant son travail peut être imputable au fait d'un tiers. En ce cas, outre l'action spéciale organisée par la loi du 1er avril 1898, la victime ou ses représentants a une action contre la personne auteur de l'accident et peut lui réclamer des dommages-intérêts; il exerce l'action résultant du droit commun.

Le chef d'entreprise n'est pas exonéré des obligations que la loi lui impose à l'égard d'un ouvrier victime d'un accident du travail par le seul fait qu'un jugement aura condamné un tiers responsable au paiement d'une rente, même supérieure à celle due par le patron; il faut que la condamnation ait pu être exécutée. (Tr. civ. Avignon, 29 octobre 1913, *Le Droit*, 20 avril 1914.)

L'article 7 donne d'abord à la victime ou à ses représentants le droit de poursuivre l'auteur de l'accident. Ce n'est pas simplement un choix entre deux actions, l'une s'exerçant contre le chef d'entreprise, l'autre contre l'auteur responsable, mais un véritable cumul; s'il y a cumul des actions, il n'y a pas cumul des indemnités. L'indemnité allouée au demandeur exonère à due concurrence le chef d'entreprise des obligations mises à sa charge; mais l'exonération est subordonnée essentiellement à la condition que l'indemnisation de l'ouvrier ait été effective.

L'action récursoire peut être exercée par le chef d'entreprise, à ses risques et périls, aux lieu et place de la victime ou de ses ayants droit, si ceux-ci négligent d'en faire usage. (Paris, 21 avril 1903, *Gaz. des Trib.* du 5 juin.) La société d'assurances qui couvre le patron a le droit d'exercer l'action du chef d'entreprise. Ce dernier ne peut réclamer au tiers qu'une somme égale aux obligations mises à sa charge par l'accord ou le jugement; si le tribunal alloue une somme moindre, le patron reste, pour le surplus, tenu vis-à-vis de la victime.

La procédure à suivre dans l'action récursoire est celle du droit commun; aucune des dérogations consacrées par la loi de 1898 n'est applicable. Le demandeur dans l'instance, ouvrier ou patron, est notamment tenu de faire la preuve de la responsabilité du tiers. D'autre part, la compétence des tribunaux est déterminée par les règles ordinaires et non par les articles 15 et 16 de la loi de 1898.

Enfin, l'assistance judiciaire n'est pas accordée de plein droit au demandeur; il doit, s'il en veut bénéficier, se conformer aux prescriptions édictées en la matière.

9. — *Assistance judiciaire.*

Avant la loi de 1898, les victimes d'accidents du travail devaient solliciter l'assistance judiciaire; l'article 22 modifié par la loi du 22 mars 1902 dispose que le bénéfice de l'assistance judiciaire est accordé de plein droit, sur le visa du procureur de la République, à la victime de l'accident ou à ses ayants droit. Seuls les ouvriers bénéficient *de plein droit* de l'assistance judiciaire; mais les chefs d'entreprise peuvent l'obtenir s'ils sont dans les conditions requises par la loi qui constitue le droit commun.

Le bénéfice de l'assistance judiciaire est accordé devant le président et le tribunal civil. L'intéressé doit adresser une demande écrite ou verbale, soit au procureur de la République, soit au maire qui la transmet au procureur, conformément à l'article 8 de la loi du 10 juillet 1901; le procureur donne son visa à la demande et l'assistance judiciaire est accordée. Le procureur invite le bâtonnier de l'ordre des avocats, le président de la chambre des avoués et le syndic des huissiers à désigner l'avocat, l'avoué et l'huissier qui prêteront leur ministère à l'intéressé (art. 13 loi 10 juillet 1901).

Devant le juge de paix, l'intéressé adresse sa demande au procureur de la République, qui la renvoie au juge de paix, lequel se borne à inviter le syndic des huissiers à désigner un huissier.

Lorsque l'instance a lieu devant la Cour d'appel, le bénéfice de l'assistance ne s'applique de plein droit qu'à l'acte d'appel et le cas échéant à l'acte par lequel est signifié le désistement de l'appel. (Loi du 17 avril 1906.) Pour obtenir le bénéfice de l'assistance dans toute la procédure, l'intéressé doit suivre les règles du droit commun.

L'assistance n'est pas accordée de plein droit devant la Cour de cassation; si la victime veut se pourvoir, elle doit en solliciter le bénéfice suivant les règles du droit commun.

Il faut ajouter que si la victime ou ses ayants droit sont défendeurs en appel ou devant la Cour de cassation, l'assistance leur est continuée de plein droit.

L'article 22, § 5, décide que le bénéfice de l'assistance judiciaire s'étend de plein droit à tous les actes d'exécution mobilière ou immobilière et à toute contestation incidente à l'exécution des décisions judiciaires. Mais l'assisté doit faire déterminer par le bureau d'assistance de son domicile la nature des actes et procédures d'exécution auxquels l'assistance s'appliquera (art. 22, § 6).

L'assistance judiciaire étant accordée, le ministère des greffiers, avocats, avoués et huissiers est gratuit. L'État, de son côté, fait abandon des droits de timbre et d'enregistrement; les frais dont le Trésor doit faire l'avance consistent dans ceux indiqués aux articles 14, § 8, de la loi du 22 janvier 1851 et 14, § 9, de la loi du 10 juillet 1901 (frais de transport des juges, des officiers ministériels et des experts, honoraires de ces derniers, taxes des témoins dont l'audition est ordonnée) et dans ceux prévus par la loi de 1898, tels que les frais des convocations des parties et des témoins. Si la victime de l'accident est condamnée aux dépens, les émoluments des officiers ministériels tombent en non-valeur; les avances faites par le Trésor sont seules susceptibles de recouvrement : si c'est la partie adverse qui succombe, l'exécutoire comprend, indépendamment des avances faites par le Trésor, les émoluments des officiers ministériels qui ont prêté leurs concours à l'assisté (loi du 10 juillet 1901, art. 17 et 19).

LOI

relative à l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables.

(14 juillet 1905).

PRÉLIMINAIRES

Jusqu'en 1905, l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables était laissée presque uniquement à l'initiative privée.

La loi du 14 juillet 1905, qui est intitulée « Loi relative à l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources », crée un véritable *droit à l'assistance* pour ceux qui se trouvent dans les conditions qu'elle prévoit ; son principe est l'obligation à l'assistance. L'idée qui a inspiré le législateur est que l'assistance est due à ceux qui se trouvent, temporairement ou définitivement, dans l'impossibilité physique de pourvoir aux nécessités de la vie. Dans une société bien ordonnée, personne ne doit être exposé à mourir de faim et de misère ; si le devoir de chacun est de travailler pour vivre, le devoir de la société est de fournir des moyens d'existence à ceux qui ne sont pas en état de s'en procurer par le travail. C'est de plus l'intérêt de la société d'organiser l'assistance aux vieillards, aux infirmes, aux incurables ; car il n'est pas possible d'interdire la mendicité et de poursuivre avec sévérité le vagabondage tant qu'on n'aura pas assuré les moyens d'existences à ceux qui sont incapables de travailler.

M. Henri Monod, commissaire du gouvernement au Sénat, s'exprimait de la manière suivante à la séance du 6 juillet 1905 : « Temporairement, ce sont les enfants et les malades ; définitivement, ce sont les vieillards et les incurables. Pour les malades, la République a organisé les secours médicaux et pharmaceutiques à tous les malades pauvres par la loi du 15 juillet 1893. Pour les enfants, elle a édicté la loi du 24 juillet 1889 qui permet de retirer la puissance paternelle aux parents indignes. Il y a actuellement, en vertu de cette loi, plus de 20,000 enfants dans les services départementaux de l'assistance publique. En outre, le 27 juin 1904, a été promulguée la grande loi organique en faveur des enfants assistés. Enfin la loi du 14 juillet 1905, concernant les vieillards, a été considérée comme le couronnement de l'œuvre. »

Les articles 21 et 41 de la loi prévoient la confection de règlements d'administration publique pour fixer ses détails d'application ; ces règlements sont intervenus le 14 avril 1906 et le 31 décembre 1907. La loi elle-même a été modifiée par deux lois subséquentes, l'une du 31 décembre 1907 et l'autre du 30 décembre 1908.

Il n'est pas dérogé aux lois relatives aux aliénés. Sont abrogés les articles 43 de la loi du 20 mars 1897, 61 de la loi du 30 mars 1902 et toutes autres dispositions contraires à la loi (art. 40).

En terminant ces observations préliminaires, il faut indiquer les dispositions de l'article 38, aux termes duquel les certificats, significations, jugements, contrats, quittances et autres actes faits en vertu de la loi et ayant exclusivement pour objet le service de l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables, sont dispensés du timbre et enregistrés gratis, lorsqu'il y a lieu à la formalité de l'enregistrement.

CHAPITRE PREMIER

ORGANISATION DE L'ASSISTANCE

1. — *Personnes ayant droit à l'assistance.*

Aux termes de l'article premier, tout Français privé de ressources, incapable de subvenir par son travail aux nécessités de l'existence, et, soit âgé de plus de 70 ans, soit atteint d'une infirmité ou d'une maladie reconnue incurable, reçoit, aux conditions ci-après, l'assistance instituée par la loi. Ce texte de la loi de 1905 a été modifié par la loi du 31 décembre 1907 dans les termes suivants : « Tout Français, privé de ressources, soit âgé de 70 ans, soit atteint d'une infirmité ou d'une maladie désormais incurable qui le rend incapable de subvenir par son travail aux nécessités de l'existence reçoit, aux conditions ci-après, l'assistance instituée par la loi. »

Il résulte de ce texte que la qualité de Français est indispensable pour avoir droit au bénéfice de la loi. Les étrangers en sont exclus ; l'assistance en ce qui les concerne demeure, comme par le passé, une simple faculté (Circ. min. int., 16 avril 1906).

En faisant la modification contenue dans la loi du 31 décembre 1907, le législateur a considéré que l'âge avancé était suffisant pour donner au vieillard le bénéfice de la loi, sans qu'on exigeât encore de lui qu'il justifiât qu'il était dans l'impossibilité de subvenir à ses besoins ; cette dernière condition n'a été maintenue qu'en cas de maladie.

La fixation de l'âge de 70 ans a été inspirée à la fois par le désir de limiter les dépenses entraînées par l'exécution de la loi et par le souci d'éviter les inconvénients d'ordre économique et moral qui pourraient se produire si cet âge avait été fixé plus bas. En donnant les secours trop tôt, on risquait d'affaiblir l'esprit d'épargne, de diminuer le goût du travail.

La constatation de l'infirmité et de l'incurabilité de la maladie, donnant droit à l'assistance, a soulevé de nombreuses discussions. Le rapporteur de la loi à la Chambre a déclaré : « Nous n'avons pas cru utile de préciser dans quelles conditions et suivant quelles formes l'infirmité ou la maladie incurable, ainsi que l'incapacité de travail qui en résulte, pourraient être constatées. On aurait pu décider qu'un certificat médical devrait être présenté à l'appui de la demande d'admission à l'assistance. Mais quel médecin aurait qualité pour délivrer ce certificat ? La désignation du médecin serait une source de difficultés et de conflits.

« Dans la plupart des cas l'infirmité ou la maladie incurable sera de notoriété publique ; il serait superflu alors d'exiger un certificat médical qui occasionnerait une dépense sans utilité. Dans d'autres où elle sera moins évidente, l'infirme ou l'incurable pourra produire un certificat délivré par un médecin de son choix, sauf au maire à faire contrôler ses attestations par tel autre médecin qu'il désignera. Et le conseil municipal statuera ensuite en toute liberté, sous réserve des recours organisés par la loi. »

Les circulaires du ministre de l'Intérieur du 16 avril 1906, du 14 juillet 1908 et du 6 mars 1910 ont précisé dans quelles conditions devaient être constatés les infirmités et leur caractère d'incurabilité. Il résulte de ces circulaires que, si le médecin a toute compétence pour signaler l'état physique du sujet soumis à son examen, c'est à d'autres que le législateur a confié le soin de statuer sur l'admission à l'assistance.

2. — *Domicile de secours.*

Il résulte de l'article 2 que l'assistance est donnée par la commune où l'assisté a son domicile de secours; à défaut de domicile de secours communal, par le département où l'assisté a son domicile de secours départemental; à défaut de tout domicile de secours, par l'État. La commune et le département reçoivent, pour le paiement des dépenses mises à leur charge par la loi, les subventions prévues au titre IV.

C'est, en première ligne, la commune où l'assisté a son domicile de secours qui doit l'assistance; cette règle a déjà été établie par la loi de 1893 sur l'assistance aux malades indigents. L'application du principe traditionnel en France que l'assistance est communale s'imposait ici, avec d'autant plus de force quand il s'agit des vieillards et des infirmes, car leur admission à l'assistance a des effets plus prolongés et plus onéreux que l'admission aux secours médicaux; on ne saurait mieux apprécier les titres des vieillards et des infirmes indigents, l'étendue de leurs besoins, leur position de famille, que dans la commune où ils vivent et où ils sont connus.

C'est à défaut de lien suffisant avec la commune que le département du domicile de secours devient débiteur de l'assistance au premier degré.

Le domicile de secours, soit communal, soit départemental, s'acquiert et se perd dans les conditions prévues aux articles 6 et 7 de la loi du 15 juillet 1893 auxquels nous renvoyons. Toutefois, le temps requis pour l'acquisition et la perte de ce domicile est porté à cinq ans. A partir de 65 ans, nul ne peut acquérir un nouveau domicile de secours, ni perdre celui qu'il possède (art. 3).

L'augmentation du délai se justifie pleinement : il a paru impossible de maintenir, pour les vieillards et les incurables, le délai d'un an fixé par la loi de 1893. Un délai aussi court est admissible quand il s'agit d'un malade pour qui l'assistance est un fait accidentel, inattendu et passager; mais l'assistance des vieillards et des incurables a un caractère tout différent. S'il suffisait, pour l'obtenir, d'une résidence ininterrompue d'une année dans une commune, on favoriserait l'émigration des vieillards vers les villes, où ils seraient attirés par l'espoir d'y trouver une assistance plus généreuse; les charges seraient ainsi déplacées au détriment de certaines localités. C'est pourquoi on a fixé un délai de cinq ans : une durée plus longue aurait présenté des inconvénients; avec les fréquents déplacements de la classe ouvrière, il y a beaucoup de familles qui ont quitté depuis dix ans leur commune d'origine sans résider un même laps de temps dans une autre d'une façon ininterrompue; elles seraient tombées, dès lors, à la charge du département ou de l'État.

Les enfants assistés, infirmes ou incurables, parvenus à la majorité, ont leur domicile de secours dans le département au service duquel ils appartenaient, jusqu'à ce qu'ils aient acquis un autre domicile de secours (art. 3, § 2). C'est la reproduction, sous une forme plus précise, de la règle posée par la loi de 1893.

La commune, le département ou l'État qui a secouru, par un des motifs prévus au titre III de la loi, un vieillard, un infirme ou un incurable dont l'assistance ne lui incombe pas, a droit au remboursement de ses avances jusqu'à concurrence d'une année de secours. La répétition des sommes ainsi avancées peut s'exercer pendant cinq ans; mais la somme à rembourser ne pourra être supérieure au montant de la dépense qu'aurait nécessitée l'assistance si elle avait été donnée au domicile de secours, prévu par les articles 2 et 3 (art. 4). Par cette dernière disposition, le législateur a voulu éviter des réclamations dont le contre-coup aurait pu être

écrasant pour le budget des petites communes : un vieillard a été admis dans un hospice de Paris, où on le croyait domicilié ; on constate au bout de cinq ou six ans qu'il a son domicile de secours dans une autre commune ; si la ville de Paris poursuivait le paiement intégral des frais d'hospitalisation, la commune débitrice subirait une charge qui serait peut-être au-dessus de ses forces.

La commune, le département ou l'État peuvent toujours exercer leur recours, s'il y a lieu, et avec le bénéfice, à leur profit, de la loi du 10 juillet 1901 (loi sur l'assistance judiciaire), soit contre l'assisté, si on lui reconnaît ou s'il lui survient des ressources suffisantes, soit contre toutes personnes ou sociétés tenues de l'obligation d'assistance, notamment contre les membres de la famille de l'assisté désignés par les articles 205, 206, 207 et 212 du code civil, dans les termes de l'article 208 du même code. Ce recours ne peut être exercé que jusqu'à concurrence de cinq années de secours (art. 5), limitation édictée dans l'intérêt des familles que des réclamations trop élevées pourraient mettre dans l'embarras. Ce recours est différent de celui organisé par l'article précédent : il a pour but de permettre à la collectivité qui a payé les frais d'assistance d'un vieillard ou d'un infirme, par application des règles sur le domicile de secours, de répéter les sommes dépensées soit contre l'assisté qui peut payer ou contre les personnes ou les sociétés qui sont tenues de pourvoir à sa subsistance. On peut rapprocher cette disposition de l'article 2 de la loi du 15 juillet 1893.

Ce qui est dit de l'assisté lui-même doit s'entendre aussi de sa succession, contre laquelle le recours pourra être exercé le cas échéant (Circ. min. int., 16 avril 1906) ; aussi les maires, en notifiant le décès de l'assisté, doivent-ils faire connaître au préfet si cet assisté a laissé des biens et quelle en est approximativement la consistance.

C'est devant l'autorité judiciaire que sont portés les recours dont parle l'article 5 ; mais, pour éviter les frais qui auraient risqué d'entraver l'exercice du droit des collectivités, il a été décidé que le bénéfice de la loi du 10 juillet 1901 sur l'assistance judiciaire profiterait à la commune, au département ou à l'État qui exercerait les recours de ce genre.

Le service de l'assistance aux infirmes et aux incurables est organisé, dans chaque département, par le conseil général, délibérant dans les conditions prévues à l'article 48 de la loi du 10 août 1871. Si le conseil général refuse ou néglige de délibérer, ou si sa délibération est suspendue par application de l'article 49 de la loi du 10 août 1871, il peut être pourvu à l'organisation du service par un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique (art. 6).

Ces dispositions sont analogues à celles que les articles 4 et 5 de la loi du 15 juillet 1893 ont édictées. L'article 6 n'indique pas, comme l'a fait l'article 4 de cette loi, que le service est sous l'autorité du préfet ; mais cela ne fait aucun doute.

3. — *Admission à l'assistance.*

1. — Aux termes de l'article 7, chaque année, un mois avant la première session ordinaire du conseil municipal, le bureau d'assistance dresse la liste des vieillards, des infirmes et des incurables qui, remplissant les conditions prescrites par l'article 1er et résidant dans la commune, ont fait valoir, dans leur demande écrite, leurs titres au service d'assistance institué par la loi. Il propose en même temps le mode d'assistance qui convient à chacun d'eux, et, si ce mode de secours est l'assistance à domicile, il indique la quotité de l'allocation mensuelle à leur accorder.

La liste préparatoire ainsi dressée est divisée en deux parties : la première comprenant les vieillards, les infirmes et les incurables qui ont leur domicile de secours dans la commune; la seconde, ceux qui ont leur domicile de secours dans une autre commune, ou qui n'ont que le domicile de secours départemental ou qui n'ont aucun domicile de secours.

Une copie de cette liste, accompagnée de toutes les demandes d'admission à l'assistance, est adressée au conseil municipal ; une autre est envoyée au préfet. Il est procédé à la révision de la liste un mois avant chacune des trois autres sessions du conseil municipal, et, en cas de besoin, dans le cours de l'année. A défaut, par le bureau, de dresser cette liste, elle est établie d'office par le conseil municipal. Le bureau d'assistance dont il est ici question est celui qui est prévu et défini par l'article 10 de la loi du 15 juillet 1893.

La commission administrative délibère seule ; mais elle peut s'entourer des avis de personnes qui s'occupent d'œuvres charitables. (Circ. min. Int. 16 avril 1906).

A la différence de ce qui existe pour l'assistance médicale gratuite, la commission n'a pas à rechercher les vieillards, incurables ou infirmes qui figureront sur la liste ; elle n'a pas à les inscrire spontanément. La loi subordonne l'inscription à une demande écrite (décret 3 août 1909). Comme l'impétrant peut être illettré, ou atteint d'une infirmité qui ne lui permette pas d'écrire lui-même, la demande peut être écrite par un ami ou par un parent à la charge de qui il se trouve ; l'intéressé appose sur la demande un signe dont l'authenticité est attestée par deux témoins domiciliés dans la commune de sa résidence ; s'il est dans l'impossibilité de manifester sa volonté, la demande est établie par le maire du lieu de sa résidence assisté de deux témoins.

Les demandes sont adressées, en général, au maire, président de droit de la commission administrative du bureau d'assistance. Si le préfet et les sous-préfets en reçoivent directement, ils les renvoient au maire de la résidence du pétitionnaire, après les avoir fait frapper du timbre à date.

La commission administrative ne doit pas se borner à une simple inscription avec l'indication « vieillard », « infirme », « incurable ». Elle propose en même temps le mode d'assistance qui lui paraîtra convenir le mieux à chacun : allocation mensuelle, placement familial, hospitalisation suivant les distinctions faites par la loi. En outre, si le mode d'assistance jugé préférable est l'assistance à domicile, c'est-à-dire l'allocation mensuelle, en argent ou en nature, la commission porte, en face de chaque nom, la quotité de l'allocation mensuelle à accorder.

2. — Le conseil municipal, délibérant en comité secret sur la totalité des demandes préalablement soumises au bureau d'assistance, qu'elles figurent ou non sur la liste préparatoire, prononce l'admission à l'assistance des personnes ayant leur domicile de secours dans la commune et règle les conditions dans lesquelles elles seront assistées soit à domicile, soit dans un établissement hospitalier (art. 8).

Le conseil municipal, en même temps qu'il statue sur l'admission, doit régler les conditions dans lesquelles chacun des postulants admis sera assisté d'après ses besoins ; le bureau d'assistance n'a à faire à ce sujet que des propositions; la décision appartient à l'assemblée communale. Elle pourra donc accorder une allocation mensuelle à telle personne présentée pour l'hospitalisation par la commission administrative ou, au contraire, décider l'hospitalisation de telle autre personne en vue de laquelle la commission proposait l'assistance à domicile ou le placement familial.

La liste ainsi arrêtée par le conseil municipal est déposée au secrétariat de la

mairie, et avis de ce dépôt est donné par affiches aux lieux accoutumés. Une copie de la liste est en même temps adressée au préfet du département.

3. — Pendant un délai de vingt jours à compter du dépôt, tout vieillard, infirme ou incurable, dont la demande a été rejetée par le conseil municipal, peut présenter sa réclamation à la mairie. Dans le même délai, tout habitant ou contribuable de la commune peut réclamer l'inscription ou la radiation des personnes omises ou indûment portées sur la liste. Le même droit appartient au préfet et au sous-préfet (art. 9).

L'article 9 reproduit les articles 14, 15 et 16 de la loi de 1893 sous réserve d'une triple modification. D'abord, il donne expressément le droit de réclamer aux indigents dont la demande aura été rejetée. En second lieu, le droit de réclamer a été étendu au préfet, conformément, d'ailleurs, à la disposition de l'article 58 de la loi du 13 avril 1898. Enfin, il a paru inutile de donner au préfet la faculté de se pourvoir devant le conseil de préfecture pour faire annuler les opérations relatives à la confection de la liste d'assistance, s'il estime qu'elles n'ont pas été entourées des formalités légales.

La réclamation du vieillard, de l'infirme ou de l'incurable doit, aux termes de l'article 9, être présentée à la mairie. Il n'est pas dit à qui sont adressées les réclamations des habitants, des contribuables, du préfet, du sous-préfet. Par analogie, elles peuvent être aussi déposées à la mairie. Comme un délai est fixé pour le dépôt, il conviendra que le maire délivre un reçu des réclamations dont il aura été saisi, si le réclamant le demande; le magistrat engagerait gravement sa responsabilité personnelle, s'il omettait de remettre les réclamations parvenues entre ses mains à la commission cantonale chargée de les juger (art. 11).

Il est statué, par décision motivée, dans le délai d'un mois, sur ces réclamations, le maire et le réclamant entendus ou dûment appelés, par une commission cantonale composée du sous-préfet de l'arrondissement, du conseiller général, d'un conseiller d'arrondissement dans l'ordre de nomination, du juge de paix du canton, d'une personne désignée par le préfet, d'un délégué des bureaux d'assistance du canton et d'un délégué des sociétés de secours mutuels existant dans le canton. Le sous-préfet ou, à son défaut, le juge de paix, préside la commission.

Le délai d'un mois ci-dessus spécifié ne court que du jour où la commission cantonale est saisie de la réclamation.

Le président de la commission donne, dans les huit jours, avis des décisions rendues au préfet et au maire, qui opèrent sur la liste les additions ou les retranchements prononcées, et en donnent également avis aux parties intéressées. Ces décisions peuvent être déférées par toute personne intéressée, pendant un délai de vingt jours à partir de la notification, au ministre de l'Intérieur qui saisit la commission centrale instituée par l'article 17; ce recours n'est pas suspensif (art. 11).

Dans le cas où le conseil municipal refuse ou néglige de prendre la délibération prescrite par l'article 8, la liste est, sur l'invitation du préfet, arrêtée d'office dans le délai d'un mois par la commission cantonale. A défaut par celle-ci de remplir les obligations qui lui sont imposées par la loi, il est statué dans le délai de deux mois par la commission centrale (art. 12).

Dès la réception des listes mentionnées à l'article 7, le préfet invite les conseils municipaux des communes où les postulants ont leur domicile de secours à statuer à leur égard dans les conditions prévues aux articles 8 et suivants. Il invite la commssion départementale à statuer, conformément à l'article 14, à l'égard de ceux qui, n'ayant pas de domicile de secours communal, ont leur

domicile de secours dans le département. Il transmet enfin, avec son avis et les pièces justificatives, aux préfets des départements intéressés, les noms des postulants ayant leur domicile de secours, soit communal, soit départemental, dans un autre département, et au ministre de l'Intérieur les noms de ceux qui n'ont aucun domicile de secours (art. 13).

4. — La commission départementale prononce l'admission à l'assistance des infirmes et des incurables, qui ont le domicile de secours départemental ; elle règle les conditions dans lesquelles ils seront assistés. Ses décisions sont provisoirement exécutoires. Toutefois, le Conseil général peut les réformer. En cas de rejet de la demande ou de refus de statuer dans le délai de deux mois, soit par la commission départementale, soit par le Conseil général, l'intéressé peut se pourvoir devant le ministre de l'Intérieur qui saisit la commission centrale. Le même droit appartient aux préfet (art. 14).

La loi n'exige pas, comme au regard des conseils municipaux, l'avis préalable des bureaux d'assistance du lieu de la résidence, en sorte que les demandes pourraient, en dehors des propositions de ces bureaux, être portées directement devant la commission, sous réserve du droit d'instruction que le préfet tient de l'article 3 de la loi du 10 août 1871. La commission départementale non seulement prononcera l'admission, mais aussi réglera les conditions dans lesquelles l'assistance sera donnée. Son pouvoir ne va pas cependant jusqu'à modifier le taux de l'allocation mensuelle arrêté pour chaque commune en vertu de l'article 20, comme représentant dans telle ou telle localité le minimum de la somme nécessaire à l'existence ; elle calculera seulement, d'après les éléments fixés à l'article 20, et en se basant sur le taux préalablement arrêté, ce qui sera accordé mensuellément à chacun des assistés à domicile. D'autre part, elle empiéterait sur l'attribution dévolue au bureau de bienfaisance ou d'assistance du lieu où réside l'assisté (art. 21), si elle décidait que l'allocation doit être remise en une seule fois ou par fractions, que tout ou partie de l'allocation sera donnée en nature.

Le Conseil général peut réformer les décisions de la commission départementale. Il statue, sur le rapport du préfet, à sa plus prochaine séance. Il peut prononcer des radiations, soit que des circonstances soient survenues qui rendent l'assistance inutile, soit que, reconnaissant avoir commis une erreur, il veuille réparer cette erreur. (Circ. du 6 mars 1910.)

Bien que le décret du 3 août 1909, pris pour l'application de la loi, ne parle que de recours du préfet, les intéressés, c'est-à-dire les personnes dont la radiation a été prononcée, ont le droit d'exercer les mêmes recours ; autrement la nécessité de la notification s'expliquerait mal, et d'ailleurs il serait contraire à l'esprit de la loi tout entière que l'assisté, objet d'une radiation, se trouvât désarmé et ne pût recourir devant aucun juge. (Même circulaire.)

5. — L'admission à l'assistance des vieillards, des infirmes et des incurables qui n'ont aucun domicile de secours est prononcée par le ministre de l'Intérieur, sur l'avis de la commission instituée par l'article 17 (art. 16). Il a semblé rationnel de réserver au ministre de l'Intérieur le droit de prononcer l'admission des vieillards qui n'ont aucun domicile de secours, l'assistance étant entièrement à la charge de l'État. D'après la loi de 1893, c'est le préfet qui accorde les secours médicaux aux indigents dépourvus de domicile ; cela s'explique par des motifs d'urgence qui ne se rencontrent pas au cas actuel.

L'article 17 de la loi a été modifié par la loi du 30 décembre 1908 qui dispose qu'une commission centrale, composée de vingt membres élus par le conseil

supérieur de l'assistance publique et de quatre membres élus par le conseil supérieur de la mutualité, statue définitivement sur les recours formés en vertu des articles 11, 14 et 15, et donne son avis sur l'admission à l'assistance de l'État. Le ministre de l'Intérieur peut attacher à la commission ou à chaque section un ou plusieurs commissaires du gouvernement et des rapporteurs. Le ministre peut répartir la commission centrale en sections.

L'assistance, aux termes de l'article 18, doit être retirée lorsque les conditions qui l'ont motivée ont cessé d'exister. Le retrait est prononcé, suivant les cas, par le conseil municipal, la commission départementale ou le ministre de l'Intérieur. Il donne lieu aux mêmes recours.

Les recours ouverts contre les inscriptions et la fixation du chiffre de l'allocation mensuelle le sont aussi contre les décisions de retrait, soit du conseil municipal à la commission cantonale (art. 9 et 10), soit de celle-ci à la commission centrale (art. 11), soit enfin de la commission départementale ou du Conseil général à la commission centrale (art. 14 et 15). Les mêmes délais et les mêmes formes sont applicables; il faut, en conséquence, recourir aux mêmes moyens de publicité : dépôt à la mairie, avis de ce dépôt et, surtout, notification par la voie administrative au vieillard, à l'infirme, à l'incurable que visera la décision de retrait.

4. — *Modes d'assistance.*

Trois modes d'assistance sont prévus : l'assistance à domicile, l'hospitalisation, le placement familial.

1. — Aux termes de l'article 19, les vieillards, les infirmes et les incurables, ayant le domicile de secours communal ou départemental, reçoivent l'assistance à domicile.

Ceux qui ne peuvent être utilement assistés à domicile sont placés, s'ils y consentent, soit dans un hospice public, soit dans un établissement privé, ou chez des particuliers, ou enfin dans les établissements publics ou privés où le logis seulement, et indépendamment d'une autre forme d'assistance, leur est assuré.

Le mode d'assistance appliqué à chaque cas individuel n'a aucun caractère définitif.

Le placement se fera dans l'hospice public le plus proche, en principe, de ceux qui seront désignés par le Conseil général comme devant recevoir les assistés (art. 23); ce ne sera pas nécessairement le moins distant de la commune du domicile de secours.

Il est laissé au vieillard, à l'infirme et à l'incurable l'option entre l'assistance à domicile et un autre mode d'assistance, quand l'autorité chargée de statuer est disposée à consentir à cet autre mode. Il a paru sans doute trop rigoureux de contraindre un malheureux à l'hospitalisation, c'est-à-dire à un internement, même dans un hospice public. On devra donc s'assurer du consentement de l'intéressé dans les hypothèses où on s'écartera de la règle générale de l'assistance à domicile pour les personnes ayant le domicile de secours communal et départemental. (Circ. min. int. 16 avril 1906.)

Il a été spécifié au cours des travaux préparatoires que, par le mot « à domicile », on comprend aussi bien l'assistance chez un membre de la famille, chez un ami ou un voisin, chez un autre habitant de la commune, que l'assistance dans la maison même où a, jusqu'à présent, vécu l'indigent.

Suivant l'article 20 de la loi, l'assistance à domicile consiste dans le payement d'une allocation mensuelle. Le taux de cette allocation est arrêté, pour chaque

commune, par le conseil municipal, sous réserve de l'approbation du conseil général et du ministre de l'Intérieur. Il ne peut être inférieur à 5 francs, ni, à moins de circonstances exceptionnelles, supérieur à 20 francs. S'il est supérieur à 20 francs, la délibération du conseil général est soumise à l'approbation du ministre de l'Intérieur, qui statue après avis du conseil supérieur de l'assistance publique. Dans le cas où il excéderait 30 francs, l'excédent n'entre en compte ni pour le calcul des remboursements à effectuer en vertu de l'article 4, ni pour la détermination de la subvention du département et de l'État prévue au titre IV. Au cas où la personne admise à l'assistance dispose déjà de certaines ressources, la quotité de l'allocation est diminuée du montant de ces ressources. Toutefois, celles provenant de l'épargne, notamment d'une pension de retraite que s'est acquise l'ayant droit, n'entrent pas en décompte si elles n'excèdent pas 60 francs. Cette quotité est élevée de 60 francs à 120 francs pour les ayants droit justifiant qu'ils ont élevé au moins trois enfants jusqu'à l'âge de 16 ans. Dans le cas où les ressources dépassent ces chiffres, l'excédent n'entre en décompte que jusqu'à concurrence de moitié, sans que les ressources provenant de l'épargne et l'allocation d'assistance puissent ensemble dépasser la somme de 480 francs. Les ressources fixes et permanentes provenant de la bienfaisance privée entrent seules en décompte jusqu'à concurrence de moitié, avec la même limite maximum de 480 francs.

La loi du 31 décembre 1907 a complété cet article 20 en décidant que les « ressources pouvant provenir du travail des vieillards de soixante-dix ans n'entrent pas en compte ».

Le conseil municipal fixe le taux de l'allocation non seulement pour les assistés ayant le secours communal, mais encore pour tous les autres (art. 18). Le motif pour lequel cette fixation a été attribuée au conseil municipal est que les conditions de l'existence varient d'une région à l'autre, de localité à localité; or l'allocation mensuelle doit permettre aux ayants droit de faire face aux strictes nécessités de l'existence dans chaque commune.

La jouissance de l'allocation commence du jour fixé par la délibération prononçant l'admission à l'assistance. Le bureau de bienfaisance ou d'assistance décide, suivant la situation de l'intéressé, si l'allocation doit être remise en une seule fois ou par fractions; il peut décider que tout ou partie de l'allocation sera donnée en nature.

L'allocation est incessible et insaisissable.

Elle est payée au lieu de résidence de l'intéressé, soit à lui-même, soit, en cas de placement familial, à une personne désignée par lui et agréée par le maire, soit enfin, en cas de secours en nature ou de fractionnement de la mensualité, au receveur du bureau de bienfaisance ou d'assistance (art. 21).

L'allocation prévue à l'article 19 est individuelle : en d'autres termes, si, dans un ménage de vieillards ou d'infirmes, le mari et la femme remplissent les conditions prescrites par l'article 1er, ils devront être admis l'un et l'autre à l'assistance et recevoir chacun une allocation mensuelle, sauf au conseil municipal, lorsqu'il en fixera la quotité, à tenir compte des circonstances.

En exécution du dernier alinéa de l'article 21 de la loi de 1905 est intervenu un décret du 14 avril 1906, modifié par celui du 22 novembre 1907, pour régler les recettes et les dépenses du service. Il en résulte notamment que les allocations mensuelles sont mandatées par le préfet au nom du receveur du bureau de bienfaisance, ou, à défaut du bureau de bienfaisance, au nom du receveur du bureau d'assistance de la commune où résident les intéressés. Le mandat est accompagné

d'un état arrêté par le préfet, indiquant la somme revenant à chacun des assistés. Chaque mois, il est remis à l'assisté par le bureau de bienfaisance ou, à défaut du bureau de bienfaisance, par le bureau d'assistance, un bon visé par un de ses membres, et sur la remise duquel l'allocation est payée par le comptable, après signature, pour acquit, par la partie prenante; si l'allocation mensuelle doit être payée par fractions, il est délivré autant de bons qu'il doit être effectué de paiements. Les commissions administratives du bureau de bienfaisance ou du bureau d'assistance désignent, avec l'approbation du préfet, celui ou ceux de leurs membres qui seront chargés du visa des bons.

Si l'assisté n'habite pas dans la commune où réside le comptable chargé du paiement, il peut faire parvenir directement à ce dernier le bon acquitté, et les fonds sont adressés, par la poste, à l'intéressé.

L'allocation mensuelle est payée à la fin de chaque mois, à terme échu. Toutefois, les allocations versées aux hospices sont mandatées directement tous les trois mois.

2. — Lorsque la commune ne possède pas d'hospice, ou lorsque l'hospice existant est insuffisant, les vieillards, les infirmes et les incurables ayant le domicile de secours communal sont placés dans les hospices ou dans les établissements privés choisis par le conseil municipal sur la liste dressée par le conseil général, conformément à l'article 23, soit enfin chez des particuliers (art. 22).

En ce qui concerne les établissements privés qui peuvent, en cas d'insuffisance des hospices, recevoir des vieillards, des infirmes et des incurables, c'est le conseil général qui les désigne et approuve les traités passés pour leur entretien; il fixe les conditions générales du placement des assistés dans les familles étrangères (art. 24).

A la différence des établissements publics, les établissements privés ne sont nullement tenus d'admettre les bénéficiaires de la loi tant qu'ils n'ont pas traité avec l'administration. Ceux donc qui le préféreront sont libres de rester à l'écart. Ceux qui accepteront de concourir au fonctionnement du nouveau service feront au préfet des propositions qu'il instruira avant de les porter devant le conseil général (Circ. min., 16 avril 1906).

Les traités particuliers passés par la municipalité pour le placement de tel ou tel assisté n'ont pas à être approuvés par le conseil général.

L'article 26 règle la question des frais médicaux et des frais de transport. Les frais de visite, dit ce texte, occasionnés par la délivrance des certificats médicaux aux infirmes et aux incurables, et les frais de transport des assistés, sont supportés, s'il y a lieu, par la commune, par le département ou par l'État, suivant que ceux-ci ont le domicile de secours communal ou départemental, ou qu'ils sont dépourvus de domicile de secours. Si les assistés n'ont pas leur domicile de secours dans la commune où ils résident, celle-ci fait l'avance de ces frais, sauf remboursement par la commune ou le département à qui incombe l'assistance, ou par l'État.

En ce qui concerne les frais médicaux, la loi ne parle pas des vieillards. C'est un oubli, car, pour se réclamer de la loi du 14 juillet 1905, il faut que le vieillard, âgé de plus de 70 ans, soit incapable de subvenir par son travail aux nécessités de l'existance. Si donc il n'apparaît pas suffisamment de la notoriété publique que la débilité sénile met tel ou tel malheureux dans l'incapacité de pourvoir à sa subsistence, il faudra parfois recourir à une expertise médicale; dans ce cas, l'analogie de situation devra faire étendre aux vieillards ce que l'article 26 dit des infirmes et des incurables (Circ. min. int., 16 avril 1906).

Cet article 26 ne mentionne que les frais de visite ; cette expression comprend aussi les frais de consultation. Que le médecin se soit transporté chez l'indigent, ou que celui-ci soit venu se faire examiner en son cabinet, il y a toujours eu visite, et le médecin doit être rémunéré de sa peine.

Les frais de visite auxquels donnera lieu la délivrance d'un certificat que le requérant aura réclamé spontanément à un médecin de son choix pour appuyer sa demande d'assistance incombent au requérant, et non aux collectivités ; c'est l'affaire propre du requérant. Mais si le bureau d'assistance, le conseil municipal, la commission cantonale, la commission départementale ou la commission centrale, provoque la délivrance d'un certificat médical, nul doute que les frais occasionnés par cette délivrance soient dus par les collectivités, alors même que la demande d'assistance serait écartée, car c'est dans l'intérêt de ces collectivités que l'intervention se sera produite (Circ. min. int., 16 avril 1906).

Quant aux frais de transport, ce sont ceux qui sont motivés soit par l'envoi d'un assisté dans un hospice public ou privé, ou dans une famille, soit par son retour dans la commune où il a son domicile, si celle-ci le réclame (même circulaire).

CHAPITRE II

VOIES ET MOYENS

Les communes pourvoient aux dépenses d'assistance mises à leur charge par la loi à l'aide : 1° des ressources spéciales provenant des fondations ou des libéralités faites en vue de l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables, à moins que les conditions desdites fondations ou libéralités ne s'y opposent ; 2° de la participation éventuelle du bureau de bienfaisance ou de l'hospice ; 3° des recettes ordinaires ; 4° en cas d'insuffisance, d'une subvention du département calculée conformément au tableau A annexé à la loi, et d'une subvention directe et complémentaire de l'État calculée conformément au tableau C annexé également à la loi, en ne tenant compte, pour le calcul des subventions, que de la portion de dépenses couverte au moyen de ressources provenant de l'impôt, d'impositions ou de taxes dont la perception est autorisée par les lois (art. 27).

En ce qui concerne les départements, l'article 28 de la loi du 14 juillet 1909 dispose : Sont obligatoires pour les départements dans les conditions des articles 60 et 61 de la loi de 1871 : 1° les dépenses d'assistance mises à leur charge par les articles 2 et 26 ; 2° les subventions à allouer aux communes par application de l'article précédent ; 3° les frais d'administration départementale du service. En cas d'insuffisance de ressources spéciales et des revenus ordinaires disponibles, il est pourvu à ces dépenses à l'aide de : 1° d'impositions ou de taxes dont la perception est autorisée par les lois ; 2° d'une subvention de l'État, calculée conformément au tableau B annexé à la loi sur la portion de dépense couverte au moyen des ressources provenant des revenus ordinaires ou de l'impôt.

Indépendamment des subventions à allouer, l'État est chargé, suivant l'article 29, des frais de l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables n'ayant aucun domicile de secours, et des frais généraux d'administration et de contrôle occasionnés par l'exécution de la loi.

Les bureaux de bienfaisance, les hospices et les hôpitaux-hospices possédant, en vertu de fondations ou de libéralités, des biens dont le revenu a été spécialement affecté à l'assistance à domicile des vieillards, des infirmes et des incurables sont tenus de contribuer à l'exécution de la loi, conformément aux conditions de

la donation jusqu'à concurrence dudit revenu (art. 30). Les hospices communaux sont tenus, aux termes de l'article 31, de recevoir gratuitement, autant que leurs ressources propres le permettent, les vieillards, les infirmes et les incurables ayant leur domicile de secours dans la commune où est situé l'établissement, et qui ont été désignés pour l'hospitalisation, conformément à l'article 19. La même obligation incombe aux hospices intercommunaux et cantonaux, à l'égard des vieillards, des infirmes et des incurables ayant leur domicile de secours dans les communes au profit desquelles ces hospices ont été fondés (art. 31).

L'État contribue, par des subventions, aux dépenses de construction ou d'appropriation d'hospices nécessitées par l'exécution de la loi. Cette contribution est déterminée en raison inverse de la valeur du centime communal ou départemental, en raison directe des charges extraordinaires de la commune ou du département, et encore en raison de l'importance des travaux à exécuter conformément à des règles établies par un règlement d'administration publique. Si les travaux sont entrepris par plusieurs départements, en conformité des articles 89 et 90 de la loi du 10 août 1871, ou par un syndicat de communes, la subvention est fixée distinctement pour chacun des départements, et pour chacune des communes participant à la dépense. Les projets doivent être préalablement approuvés par le Ministre de l'Intérieur. La loi de finances de chaque exercice déterminera le chiffre maximum des subventions à accorder pendant l'année (art. 32).

CHAPITRE III

COMPÉTENCE

Aux termes de l'article 34 de la loi du 14 juillet 1905, les contestations relatives au domicile de secours sont jugées par le conseil de préfecture du département où le vieillard, l'infirme ou l'incurable a sa résidence.

Les conseils de préfecture sont aussi chargés de juger les contestations qui viendraient à s'élever (art. 35) : 1° entre les commissions administratives des hospices et les préfets au sujet de la fixation du nombre de lits mis à la disposition du service ou de la détermination du prix de journée (art. 23) ; 2° entre les commissions administratives des bureaux de bienfaisance ou des hospices, et les municipalités, pour les contributions obligatoires à fournir à la commune en vue de l'acquittement de ses charges d'assistance, par application des articles 27 et 30 ; 3° entre les administration hospitalières et les municipalités, touchant le nombre d'assistés que l'hospice doit recevoir gratuitement. Le conseil de préfecture est encore compétent en cas de désaccord entre les commissions administratives des hospices et le préfet, ou entre les commissions administratives des bureaux de bienfaisance et des hospices, et les conseils municipaux, sur l'exécution des dispositions contenues aux articles 23, 27, 30 et 31 (art. 35).

Les décisions du conseil de préfecture peuvent être attaquées devant le conseil d'État. Le pourvoi est jugé sans frais et dispensé du timbre et du ministère d'avocat.

CHAPITRE IV

RÉGIME SPÉCIAL CONCERNANT LA VILLE DE PARIS

Aux termes de l'article 37, un décret d'administration publique devait déterminer les conditions d'application de la loi à la ville de Paris, en ce qui concerne les articles 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 21, 22, 23, 30 et 31.

Ce règlement d'administration publique est intervenu le 30 mars 1907.

Au cours du dernier trimestre de l'année, chaque bureau de bienfaisance dresse la liste des vieillards, des infirmes et des incurables qui résident dans sa circonscription et qui, remplissant les conditions prévues par l'article premier de la loi du 14 juillet 1905, ont fait valoir dans une demande écrite leurs titres au service d'assistance institué par cette loi. Il propose en même temps le mode d'assistance qui convient à chacun d'eux, et, si ce mode de secours est l'assistance à domicile, il indique la quotité de l'allocation mensuelle à leur accorder. Quand le bureau de bienfaisance estime qu'il n'a pas les éléments suffisants pour apprécier soit la nature de l'infirmité ou de la maladie, soit l'impossibilité où se trouve le requérant de pourvoir par son travail aux nécessités de l'existence, il peut exiger que la demande soit accompagnée d'un certificat médical dressé par un médecin du service de l'assistance publique.

La liste préparatoire dressée par le bureau de bienfaisance est divisée en deux parties : la première comprend les vieillards, infirmes et incurables ayant leur domicile de secours à Paris ; la seconde, ceux qui ont leur domicile de secours dans une autre commune, qui n'ont que le secours départemental ou qui n'ont aucun domicile de secours. Une copie de cette liste est envoyée au directeur de l'assistance publique à Paris, une autre au préfet de la Seine. Il est procédé tous les trois mois à la revision de la liste, et, en cas de besoin, dans le cours de l'année (décret du 3 mai 1908).

Les listes sont centralisées aux mains du directeur de l'assistance publique qui, après examen, prononce l'admission provisoire des personnes ayant leur domicile de secours à Paris et détermine les conditions dans lesquelles elles seront assistées soit à domicile, soit dans un établissement hospitalier, ainsi que le montant de l'allocation qui doit leur être attribuée. Cette admission n'est définitive qu'après avoir été sanctionnée par le conseil municipal.

La liste arrêtée par ce dernier pour chaque arrondissement est déposée au secrétariat du bureau de bienfaisance, et avis de ce dépôt est donné par affiches aux lieux accoutumés. Les réclamations peuvent être présentées pendant un délai de vingt jours; elles sont soumises à une commission spéciale qui statue, par décision motivée dans le délai d'un mois, les réclamants entendus ou dûment appelés; cette commission est composée suivant les prescriptions de l'article 5 du décret.

Avis des décisions rendues est donné au directeur de l'assistance publique et au maire de l'arrondissement, lequel opère sur la liste de son arrondissement les modifications prononcées, et en donne avis aux parties. Ces décisions peuvent être déférées par toute personne intéressée, pendant un délai de vingt jours à dater de la notification, au ministre de l'Intérieur qui saisit la commission centrale instituée par l'article 17 de la loi du 14 juillet 1905.

Le paiement de l'allocation est effectué à la fin de chaque mois, à terme échu.

L'allocation est payée, à Paris, au bureau de bienfaisance de l'arrondissement où réside l'intéressé, sur production d'un bon nominatif comportant l'acquit du bénéficiaire et au vu d'une carte d'identité délivrée à chaque intéressé. Le bon est annuel, il est signé par le préfet de la Seine.

Les vieillards, les infirmes et les incurables ayant leur domicile de secours à Paris et qui ont été désignés pour l'hospitalisation conformément à l'article 19 de la loi, sont reçus gratuitement dans les hospices dépendant de l'administration générale de l'assistance publique jusqu'à concurrence des ressources léguées ou données, avec cette affectation, tant auxdits hospices qu'à l'administration de l'assistance publique.

ADDENDA

LOI

étendant aux maladies d'origine professionnelle la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail

du 25 octobre 1919.

Article premier. — La législation sur les responsabilités des accidents du travail est étendue aux maladies d'origine professionnelle sous réserve des dispositions spéciales de la présente loi.

Art. 2. — Sont considérées comme maladies professionnelles les affections aiguës ou chroniques, mentionnées aux tableaux annexés à la présente loi, lorsqu'elles atteignent des ouvriers habituellement occupés aux travaux industriels correspondants.

La nomenclature des maladies professionnelles auxquelles s'applique la présente loi pourra être augmentée et les tableaux annexés à ladite loi pourront être revisés et complétés par des lois ultérieures.

Art. 3. — Lorsqu'un ouvrier quitte une des exploitations assujetties à la présente loi, son employer demeure responsable des maladies professionnelles correspondant à cette exploitation, qui peuvent atteindre cet ouvrier durant le délai spécialement fixé aux tableaux mentionnés à l'article précédent pour chacune de ces affections.

Toutefois, cette responsabilité va en décroissant en raison du temps écoulé entre le départ de l'ouvrier et le moment où survient une incapacité de travail résultant de la maladie et comportant indemnité.

Si, à ce moment, l'ouvrier travaille dans une autre entreprise également classée dans les exploitations correspondantes à ladite maladie, son nouvel employeur n'est responsable que pour le surplus de l'indemnité fixée par les articles 3 et 4 de la loi du 9 avril 1898.

Néanmoins, s'il est établi qu'un des employeurs a commis une faute inexcusable ayant pu avoir une répercussion sur la santé de la victime, le tribunal pourra augmenter sa part de responsabilité.

Le dernier des employeurs responsables sera tenu, vis-à-vis de la victime ou de ses ayants droit, pour le tout de l'indemnité, sauf son recours contre les employeurs précédents.

Art. 4. — Tout industriel ayant fait, dans les conditions prévues par un règlement d'administration publique, la déclaration que ses procédés de travail ne comportent plus l'usage des substances susceptibles de provoquer les maladies professionnelles visées par la présente loi, ne sera plus soumis aux obligations de cette loi.

Il demeure toutefois responsable, durant le délai de responsabilité fixé pour son exploitation et dans les conditions indiquées à l'article précédent, des maladies professionnelles pouvant atteindre les ouvriers qu'il employait avant le dépôt de cette déclaration.

Toute déclaration du chef d'entreprise reconnue sciemment fausse entraînera à sa charge une condamnation à une amende de cent à cinq mille francs (100 à 5,000 francs), et à un emprisonnement de trois jours à un mois.

Art. 5. — Toute maladie professionnelle dont la victime demande réparation en vertu de la présente loi doit être, par ses soins, déclarée, dans les quinze jours qui suivront la cessation du travail, au maire de la commune qui en dresse procès-verbal et en délivre immédiatement récépissé.

Un certificat de médecin indiquant la nature de la maladie et ses suites probables doit compléter cette déclaration, dont la forme sera déterminée par un décret.

Copie certifiée de cette déclaration est transmise immédiatement par le maire au chef de l'entreprise qui occupait l'ouvrier malade et à l'inspecteur départemental du travail, ou à l'ingénieur ordinaire des mines, chargé de la surveillance de l'entreprise.

Du jour de la déclaration court le délai de prescription prévu par l'article 18 de la loi du 9 avril 1898.

Art. 6. — Les opérations de la Caisse nationale d'assurances en cas d'accidents, créée par la loi du 11 juillet 1868, sont étendues aux risques prévus par la présente loi, pour les maladies professionnelles ayant entraîné la mort ou une incapacité permanente, absolue ou partielle.

Les tarifs correspondants seront établis dans les six mois qui suivront la promulgation de la présente loi ou des lois ultérieures prévues à l'article 2, par la Caisse nationale d'assurances en cas d'accidents et approuvés par décret rendu sur le rapport du ministre du travail et de la prévoyance sociale et du ministre des finances.

Ces tarifs devront être calculés de manière que les risques et les frais généraux d'administration de la caisse soient entièrement couverts sans qu'il soit nécessaire de recourir à la subvention prévue par la loi du 11 juillet 1868.

Art. 7. — Les débiteurs qui désireront se libérer en une fois pourront verser le capital représentatif des pensions allouées en vertu de la présente loi à la Caisse nationale des retraites, qui établira à cet effet un tarif tenant compte de la mortalité des victimes de maladies professionnelles et de leurs ayants droit, ce tarif pouvant être modifié ultérieurement, suivant les résultats de l'expérience.

Toutefois, jusqu'à l'établissement de ce tarif, la détermination des capitaux à verser sera faite d'après les tarifs en usage pour les rentes régies par la loi du 20 juillet 1886. La période transitoire pendant laquelle il pourra être fait application de ces tarifs ne devra pas excéder un délai de cinq ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi.

Art. 8. — Un règlement d'administration publique déterminera les conditions spéciales dans lesquelles fonctionneront les syndicats de garantie qui, concur-

remment avec les sociétés d'assurances, pourront garantir les employeurs contre les risques visés par la présente loi.

Art. 9. — Les dispositions de l'article 25 de la loi du 9 avril 1898 et de l'article 4, paragraphe 2, de la loi du 12 avril 1906, modifiées par la loi du 29 mai 1909, sont étendues aux chefs d'entreprises assujetties à la présente loi.

Art. 10. — La commission supérieure des maladies professionnelles est spécialement chargée de donner son avis sur les modifications à apporter aux tableaux prévus à l'article 2, sur les extensions à donner à la présente loi et sur toutes les questions d'ordre médical et technique qui lui sont renvoyées par le ministre du travail.

Elle est composée :

1° De deux sénateurs et de trois députés élus par leurs collègues ;

2° Du directeur général de la Caisse des dépôts et consignations ;

3° Du directeur du travail ;

4° Du directeur de l'assurance et de la prévoyance sociales ;

5° Du directeur des affaires commerciales et industrielles au ministère du commerce ;

6° Du chef du service du contrôle des assurances privées ;

7° De deux membres de l'Académie des sciences désignés par leurs collègues ;

8° De deux membres de l'Académie de médecine désignés par leurs collègues ;

9° De deux professeurs à la Faculté de médecine désignés par la Faculté ;

10° De deux médecins membres de la commission d'hygiène industrielle désignés par celle-ci ;

11° De deux membres du comité consultatif des assurances contre les accidents du travail désignés par le comité ;

12° De deux membres élus par les chambres de commerce ;

13° D'un conseiller prud'homme patron et d'un conseiller prud'homme ouvrier, de deux patrons et de deux ouvriers désignés par le conseil supérieur du travail ;

14° De cinq personnes spécialement compétentes en matière de maladies professionnelles ;

15° De deux directeurs ou administrateurs de sociétés mutuelles d'assurances ou de syndicats de garantie contre les maladies professionnelles ;

16° De deux directeurs ou administrateurs de sociétés anonymes ou en commandite d'assurances contre les maladies professionnelles.

Seront en outre spécialement adjoints à la commission, pour chaque affaire, deux patrons et deux ouvriers représentant les industries, objet de la délibération.

Un décret détermine le mode de nomination et de renouvellement des membres, ainsi que la désignation du président et du secrétaire.

Art. 11. — Sera puni d'une amende de 100 à 500 francs et d'un emprisonnement de trois jours à trois mois quiconque, par menaces, don, promesse d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques faits à des accidentés du travail, à des syndicats ou associations, à des chefs d'entreprise, à des assureurs, ou à toute autre personne, aura attiré ou tenté d'attirer les victimes d'accidents du travail ou des maladies professionnelles, dans une clinique ou cabinet médical, ou officine de pharmacie et aura ainsi porté atteinte ou tenté de porter atteinte à la liberté de l'ouvrier de choisir son médecin ou son pharmacien.

Art. 12. — En vue de la prévention des maladies professionnelles et de l'exten-

sion ultérieure de la présente loi, la déclaration de toute maladie ayant un caractère professionnel et comprise dans une liste établie par décret, après avis de la commission supérieure est obligatoire pour tout docteur en médecine ou officier de santé qui en peut reconnaître l'existence.

Cette déclaration est adressée au ministre du travail, par l'intermédiaire de l'inspecteur du travail et de l'ingénieur ordinaire des mines, et indique la nature de la maladie et de la profession du malade ; elle est faite à l'aide de cartes-lettres détachées d'un carnet à souche, circulant en franchise et gratuitement mises à la disposition des médecins.

Art. 13. — Les dispositions de la présente loi entreront en vigueur quinze mois après sa promulgation. Toutefois, les dispositions de l'article 12 seront applicables un mois après la promulgation du décret prévu à cet article.

Les modifications et adjonctions ultérieures prévues à l'article 2 seront exécutoires dans un délai de trois mois, supputé à partir de la promulgation des lois ultérieures visées à cet article et augmenté de la durée de responsabilité afférente à chacune des maladies.

TABLEAUX ANNEXÉS

Tableau des travaux industriels assujettis à la présente loi et des maladies professionnelles qu'ils engendrent.

1° SATURNISME PROFESSIONNEL

(Maladies causées par le plomb et ses composés.)

Délai de responsabilité : un an.

MALADIES engendrées par l'intoxication saturnine.	TRAVAUX INDUSTRIELS susceptibles de provoquer l'intoxication saturnine des ouvriers.
Coliques de plomb Myalgies-arthralgies. Paralysies des extenseurs. Hystérie saturnine Néphrite. Goutte saturnine	1° Métallurgie et raffinage du plomb. 2° Fonte, laminage et ajustage du plomb et de ses alliages. 3° Fonte des caractères d'imprimerie en alliage de plomb. 4° Fabrication de poteries dites d'étain en alliage de plomb. 5° Soudure à l'aide d'alliage de plomb. 6° Conduite de machines à composer utilisant un alliage de plomb. 7° Étamage à l'aide d'alliage de plomb. 8° Fonte des jouets en alliage de plomb. 9° Fabrication des capsules métalliques pour bouteilles en alliage de plomb. 10° Dessoudure professionnelle des vieilles boîtes de conserves. 11° Manipulation des caractères d'imprimerie en alliage de plomb. 12° Fabrique de sels de plomb (céruse, minium, litharge, chromate de plomb, etc.). 13° Broyage des couleurs à base de plomb.

MALADIES engendrées par l'intoxication saturnine.	TRAVAUX INDUSTRIELS susceptibles de provoquer l'intoxication saturnine des ouvriers.
Coliques de plomb Myalgies-arthralgies Paralysies des extenseurs Hystérie saturnine Néphrite Goutte saturnine	14° Peinture de toute nature comportant l'emploi de couleurs plombifères. 15° Fabrication des accumulateurs au plomb. 16° Fabrication des huiles siccatives et des vernis plombifères. 17° Fabrication de la poterie et de la faïence avec émaux plombifères. 18° Décoration de la porcelaine à l'aide de produits plombifères. 19° Émaillage des métaux à l'aide d'émaux plombifères. 20° Vernissage et laquage à l'aide de produits plombifères. 21° Teinture à l'aide de couleurs à base de plomb. 22° Polissage des glaces à l'aide de « potée d'étain ».

2° HYDRARGYRISME PROFESSIONNEL

(Maladies causées par le mercure et ses composés.)

Délai de responsabilité : un an.

MALADIES engendrées par l'intoxication mercurielle.	TRAVAUX INDUSTRIELS susceptibles de provoquer l'intoxication mercurielle des ouvriers.
Stomatite mercurielle Tremblements mercuriels Troubles nutritifs mercuriels Cachexie mercurielle Paralysies mercurielles	1° Distillation du mercure. 2° Fabrication des lampes à incandescence et des ampoules radiographiques à l'aide de trompes à mercure. 3° Fabrication des baromètres, manomètres et thermomètres à mercure. 4° Dorure, argenture, étamage au mercure. 5° Fabrication de sels de mercure (azotate, chlorures, cyanure, etc.). 6° Sécrétage des peaux par le nitrate acide de mercure. 7° Travail des fourrures et pelleteries à l'aide de sels de mercure. 8° Bronzage et damasquinage à l'aide de sels de mercure. 9° Emballage d'animaux à l'aide de sels de mercure. 10° Fabrication des amorces au fulminate de mercure.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

Déontologie et Technique professionnelle.

LA VIE DU MÉDECIN

Par le docteur PAUL LE GENDRE.

Pages

INTRODUCTION.

But et plan 3

PREMIÈRE PARTIE

L'apprentissage.

CHAPITRE I. — QUELQUES DÉFINITIONS.

Médecine-science ; objet de ses études : sciences préparatoires et sciences médicales. — Caractère artistique de la clinique et de la thérapeutique. — Médecine-profession ; ses caractères sociaux. — Fonctionnaires-docteurs et praticiens-fonctionnaires. — Déontologie du praticien et de l'étudiant 11

CHAPITRE II. — VOCATION DE PRATICIEN.

§ 1. — Pourquoi on devient étudiant en médecine. — De quels éléments se compose la vocation de praticien. — Quelles raisons a-t-on d'aimer sa profession ? 15

§ 2. — Qualités nécessaires et suffisantes pour être un bon praticien. — Qualités physiques, intellectuelles, morales. 21

CHAPITRE III. — DIFFICULTÉS INHÉRENTES A LA FORMATION DU MÉDECIN.

§ 1. — Formation morale, formation technique ; leurs bases. — Devoirs des maîtres. — Complications et lacunes de l'enseignement officiel. — Plan idéal d'organisation d'une école de médecine pratique 25

2. — La Faculté de Paris et le Corps médical hospitalier. — Historique. — Réformes en perspective 32

Pages

CHAPITRE IV. — PRÉPARATION AUX ÉTUDES MÉDICALES. — INSCRIPTION.

§ 1. — Études classiques. — Langues vivantes. — Dessin. — Habileté manuelle. — Sciences physiques et naturelles. — Que vaut le P. C. N ? — Proposition d'un examen-filtre au début des études médicales. 37

§ 2. — Décentralisation désirable de l'enseignement. — Avenir des Facultés provinciales. — Meilleure utilisation des Écoles préparatoires. 42

CHAPITRE V. — L'HOPITAL.

§ 1. — *Initiation à la clinique.* — Les stagiaires. — Les moniteurs. — Rôle du livre. — Association du livre à la clinique. — La prise des observations. — Acquisition des techniques. — Apprentissage chirurgical. — Les devoirs envers les malades 47

§ 2. — *L'externat.* — Le concours. — Les conférences. — Choix des chefs. 64

§ 3. — *L'internat.* — Ses avantages. — La salle de garde. — La responsabilité. — L'interne provisoire. — Danger de la spécialisation prématurée 68

CHAPITRE VI. — DE QUELQUES ENSEIGNEMENTS SPÉCIAUX.

§ 1. — *La thérapeutique théorique et appliquée.* — Évolution de son enseignement. — Adaptation aux obligations de la pratique 78

§ 2. — *La pathologie générale.* 85

§ 3. — *De l'éducation manuelle par la dissection et la médecine opératoire.* 86

§ 4. — *L'enseignement pratique de la chirurgie.* — Participation des stagiaires et externes au service de garde 88

§ 5. — *Enseignement de la clinique* 90

§ 6. — *L'obstétrique, la puériculture, l'hygiène des nourrissons* 93

§ 7. — *Spécialités diverses :* ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, physiothérapie. 93

§ 8. — *Des examens* 95

§ 9. — *Thèse.* 96

§ 10. — Cours de perfectionnement et de vacances 97

§ 11. — Les Facultés et le public médical. 98

CHAPITRE VII. — FORMATION MORALE ET DÉONTOLOGIQUE.

§ 1. — Nécessité d'une chaire de déontologie, législation et sociologie médicales 99

§ 2. — Les étudiants et leurs guides : chefs, patrons et maîtres. — De l'arrivisme 102

§ 3. — Le médecin et la vérité. — Des causes d'erreur : omission, exagération, supposition. — Propagation de l'erreur. — Moyens d'y remédier 109

§ 4. — Initiation à la pratique. — Stage de l'étudiant chez le praticien. Les remplacements. — Devoirs du remplaçant 118

CHAPITRE VIII. — RECRUTEMENT DU CORPS ENSEIGNANT.

La question des concours. — Avantages et inconvénients. — Concours d'agrégation. — Recrutement des agrégés par l'enseignement libre. — Concours pour les hôpitaux. — Des qualités professorales requises suivant la nature de l'enseignement. — Utilité d'un conseil supérieur permanent de direction des études médicales. 123

Pages

Chapitre IX. — Les débouchés du doctorat.

Utilité de multiplier, décentraliser et mieux répartir les spécialistes. — Nécessité d'un cadastre des clientèles pouvant renseigner les médecins sur les postes vacants. — Médecins hygiénistes pour usines. — Spécialistes pour analyses biologiques. — La chirurgie. — La psychiatrie. — Médecins de sanatoriums pour tuberculeux. — Médecine militaire. — Médecine coloniale. — Médecine navale. — Médecins sanitaires maritimes. — Art dentaire 138

Distractions. — Voyages 159

DEUXIÈME PARTIE

La pratique de la médecine.

Avant-propos.

Comment je me suis intéressé aux questions professionnelles. — Auguste Cézilly et le *Concours médical*. — Étude des difficultés que réserve la pratique 163

Chapitre I. — Des conditions de la réussite professionnelle.

Le bon et le mauvais savoir-faire 169

Chapitre II. — Orientation professionnelle.

Médecine générale ou spécialités. — Choix d'un poste, d'une résidence (Paris, ville, campagne, colonies, étranger). — Danger des déplacements fréquents 174

Chapitre III. — L'installation.

Extinction des dettes. — Budget. — Mariage. — Appartement. — Moyens de transport 178

Chapitre IV. — L'attente des clients.

Emploi des heures d'attente. — Le formulaire personnel. — L'organisation des fiches cliniques. — Les premiers visiteurs et pseudo-clients. 189

Chapitre V. — Les premiers clients et les premières visites.

Définition du client. — Valeur du client gratuit. — Les premiers appels. — Servitude et grandeur médicales. — Comment on aborde le client et l'entourage. — Les minuties de l'interrogatoire et de l'examen physique. — La prescription. — Durée, fréquence, horaire des visites. — Éloge de l'exactitude 197

Chapitre VI. — La parole du médecin.

Dans l'exercice de sa profession et dans le monde 208

Chapitre VII. — La psychologie des malades.

§ 1. — Comment on peut l'étudier. — Des dysharmonies entre médecin et malade. — Comment y remédier 212

§ 2. — Des particularités psychologiques inhérentes aux conditions d'âge (l'enfant, l'adolescent), de sexe (jeunes filles, femmes mariées, menstruation, allaitement, ménopause), femmes âgées, vieillards. — Tempéraments, caractères, états sociaux 218

Chapitre VIII. — Du diagnostic.

Principes généraux à observer. — Taylorisme médical. — Importance de l'organisation et de l'outillage. — Contrôle des méthodes de labora-

Pages

toire par la clinique. — Valeur des notions relatives à l'évolution individuelle 230

Chapitre IX. — Du pronostic.

Optimisme et pessimisme. — Éléments du pronostic. — Principales causes d'embarras. — Manières d'exposer le pronostic 235

Chapitre X. — De la thérapeutique.

§ 1. — L'art de formuler. — Appréciation des médications. — Polypharmacie. — Médicaments nouveaux. — Posologie. — Maniement des toxiques. — Prééminence de l'hygiène, de la diététique et de la physiothérapie 240

§ 2. — Remèdes secrets. — Spécialités. — Responsabilité légale et morale. — Obligation, interdiction et liberté de prescrire. — Compérage médical et pharmaceutique : définition et distinctions. 247

Chapitre XI. — Le médecin confident.

§ 1. — Du secret médical. — Définitions. — Dérogations et distinctions. État civil. — Épidémies. — Attentats. — Intention. — Publicité. — Sanctions pénales et civiles. — Honoraires. — Témoignage. — Mineurs. Domestiques 254

§ 2. — Syphilis et déontologie. — Enfants, adolescents, fiancés, époux, nourrissons et nourrices 261

§ 3. — Peut-on concilier la notion traditionnelle du secret avec les exigences sociales ? 270

Chapitre XII. — Le médecin conseiller.

§ 1. — Inconvénients et limites du rôle. — Conseils relatifs à la retraite, au changement de profession. — Cas où nous devons prendre l'initiative 272

§ 2. — Conseils relatifs au mariage. — Abortion de la syphilis. — Age ; tuberculose, syphilis, blennorragie, cardiopathie, maladies nerveuses et mentales, cancer, aménorrhée, azoospermie, appendicite. 275

§ 3. — Conseils relatifs à l'hygiène, à l'éducation des enfants, au choix des professions. 283

Chapitre XIII. — Le médecin et la mort.

§ 1. — Le médecin auprès des mourants. — Pas de prosélytisme. — Les testaments : notre incapacité légale à recevoir des legs des mourants. — Bulletins de santé. — L'agonie. — Les derniers soins 285

§ 2. — La mort au point de vue médico-légal et professionnel. — Critériums de la mort réelle. — Moyens de combattre la mort apparente. — Morts subites. — Autopsies. — Du fœticide. — Complicité de suicide. — Euthanasie 291

§ 3. — La mort du médecin. 297

Chapitre XIV. — Des honoraires.

§ 1. — Gravité de la crise matérielle et morale. — Réfutation du sophisme de la légitimité des bénéfices secrets. — Critique des modes de rémunération. — Socialisation de la médecine. — Remèdes possibles à la crise. 299

§ 2. — Fixation des honoraires. — Principes. — Projet de codification . 307

Pages

CHAPITRE XV. — LA CONSULTATION.

Comment l'organiser. — Choix du consultant. — Cas de récusation. — Protocole. — Honoraires 315

CHAPITRE XVI. — LA COLLABORATION MÉDICO-CHIRURGICALE.

Son importance croissante. — Choix du chirurgien. — Assistance à l'opération. — Honoraires. — Note globale. — Pas de dichotomie . . . 323

CHAPITRE XVII. — RAPPORTS DU MÉDECIN AVEC SES CONFRÈRES.

§ 1. — Visites réciproques de bienvenue. — Jeunes et vieux. — Concurrence loyale. — Changement de médecin par le client. — Égards réciproques dans les contestations, discussions et polémiques 327

§ 2. — Soins aux confrères malades et à leur famille 331

§ 3. — Rapports des omnipraticiens avec les spécialistes et des spécialistes entre eux. 333

§ 4. — Rapports avec les confrères militaires. 335

CHAPITRE XVIII. — RAPPORTS AVEC LES AUXILIAIRES DU MÉDECIN.

§ 1. — Des pharmaciens. — Des propharmaciens (médecins autorisés à faire la pharmacie). 339

§ 2. — Rapports avec les sages-femmes. 343

CHAPITRE XIX. — RÉFLEXIONS SUR L'EXERCICE DE QUELQUES SPÉCIALITÉS.

Exercice de la chirurgie 345

Exercice de la médecine thermale 347

Médecins directeurs de sanatoriums et de dispensaires antituberculeux. — Services et dispensaires de vénéréologie. — Médecins des compagnies de chemins de fer. — Médecins des duellistes 356

CHAPITRE XX. — LES INCIDENTS DE LA VIE PROFESSIONNELLE.

§ 1. — Fatigue et repos. — Vacances. 360

§ 2. — Dangers. — Courage professionnel 362

§ 3. — La responsabilité morale, civile et pénale du médecin. — Comment diminuer nos responsabilités 364

§ 4. — Dignité professionnelle. — Du charlatanisme à l'incorrection . . 375

§ 5. — L'exercice illégal 381

§ 6. — La médecine et la politique 382

§ 7. — Le médecin et la presse. 383

TROISIÈME PARTIE

I. Le médecin et les collectivités. — II. Entr'aide et protection.

CHAPITRE I. — § 1. — LE MÉDECIN ET L'ÉTAT.

L'état civil. — Vérification des décès. — Réquisition du médecin. — Médecin expert. — Déposition devant les tribunaux. — Expertises relatives à l'état mental. — Certificats : soumis ou non au timbre 389

§ 2. — LE MÉDECIN ET L'HYGIÈNE PUBLIQUE.

Organisation sanitaire : bureaux et conseils d'hygiène. — Service de la vaccination. — Prophylaxie des épidémies. — Déclaration des maladies infectieuses. — Protection de l'enfance. — Le médecin et l'école. — Efforts individuels en faveur de l'hygiène 397

§ 3. — Le médecin et l'Assistance publique.

Pages

Médecins des hôpitaux, de l'assistance à domicile. — Assistance médicale gratuite dans les campagnes 408

§ 4. — Le médecin et les collectivités privées.

Sociétés de secours mutuels. — Assurances sur la vie. — Les compagnies d'assurances contre les accidents du travail. — Comment se faire regler les honoraires et en éviter la prescription 409

Chapitre II. — La protection du médecin.

§ 1. — Associations de bienfaisance.

Association des médecins du département de la Seine. — Association générale des médecins de France : caisse des pensions viagères d'assistance, des veuves et orphelins. — Caisse d'assistance médicale de guerre 424

§ 2. — Associations de prévoyance.

Association médicale mutuelle du département de la Seine (Gallet-Lagoguey). — Association amicale des médecins français pour l'indemnité de maladie (du *Concours médical*). — Caisses indemnité-maladie de l'Association des médecins du Rhône, des médecins d'Indre-et-Loire . 428
Mutualité familiale et professionnelle du corps médical français. — Caisse des pensions de retraite du corps médical (du *Concours médical*). — Association de prévoyance et de secours des médecins du Rhône. — La Maison du Médecin. — Œuvre de secours immédiats et d'assistance médicale de Paris 430
Combinaisons d'assurances sur la vie du *Concours médical* 432
Sociétés de secours en cas de décès (Association confraternelle des médecins français à Paris, Devoir médical à Bordeaux, Solidarité médicale de Paris, Mutuelle, Assurance-vie des médecins de France, Caisse confraternelle du *Journal des Praticiens*, Mutuelle médicale de Saumur, etc.). 433
Assurances contre les accidents (*Ancre médicale*) 434

§ 3. — Œuvres de défense professionnelle.

Les œuvres du *Concours médical* 435
Des syndicats médicaux : Historique de leur création 436
Union des syndicats médicaux 437
Esprit d'association et syndicalisme 439
Le Sou médical. 442
Sociétés médicales d'arrondissement de Paris et Conseil général des sociétés d'arrondissement 443
Association et syndicat des anciens internes des hôpitaux 443
Congrès de déontologie et de défense professionnelle nationaux et internationaux. 443
Ordre des médecins : Projets de constitution de Cerise, Surmay, Mougeot, Lassalle, de l'Union des syndicats, du Dr Giraud. Chambres de

Pages

discipline. — Conseils de famille des syndicats. — Association amicale de médecine et de chirurgie (déontologique) 443
Statuts types d'un syndical médical (Extrait). 447
La situation morale du corps médical. — Le passé, le présent et l'avenir. 450
Conclusions 453

DEUXIÈME PARTIE

COMMENTAIRE JURIDIQUE

sur les lois et décrets concernant la médecine

Par HENRI RIBADEAU DUMAS, avocat à la Cour d'appel.

Documents législatifs.

Loi sur l'exercice illégal de la médecine : 30 novembre 1892 459
Loi modifiant le paragraphe 1er de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 : 14 avril 1910 464
Loi relative à la protection de la santé publique : 15 février 1902. 465
Décret édictant des mesures exceptionnelles en vue de prévenir et de combattre la propagation des maladies infectieuses : 14 août 1914. 474
Loi relative à la protection des enfants du premier âge et, en particulier, des nourrissons : 23 décembre 1874 476
Loi sur le service des enfants assistés : 27 juin 1904 479
Loi relative à l'éducation des pupilles de l'assistance publique difficiles ou vicieux : 28 juin 1904. 488
Loi sur les aliénés : 30 juin 1838 490
Loi sur l'assistance médicale et gratuite : 15 juillet 1893 497
Loi relative aux sociétés de secours mutuels : 1er avril 1898 503
Loi modifiant le premier paragraphe de l'article 16 de la loi du 1er avril 1898 : 2 juillet 1904. 514
Loi concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail : 9 avril 1898. 515
Loi relative à l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables, privés de ressources : 14 juillet 1905 527
Loi étendant aux maladies d'origine professionnelle la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail : 25 octobre 1919 684

Législation médicale.

Préambule : Classification des textes législatifs : 1° Lois sur l'exercice de la médecine (30 novembre 1892 ; 15 février 1902 ; décret du 14 août 1914) ; — 2° Lois relatives à la protection de l'enfance (23 décembre 1874 ; 27 juin 1904 et 28 juin 1904) et à l'organisation d'un régime spécial pour les aliénés (30 juin 1838). — 3° Lois concernant l'assistance à don-

Pages

ner à l'individu pendant qu'il travaille (15 juillet 1893; 1er avril 1898; 9 avril 1898; 25 octobre 1919); 4° Loi permettant l'assistance à ceux qui sont devenus incapables de travailler (14 juillet 1905) 535

Lois relatives à l'exercice de la médecine.

1° *Loi du 30 novembre 1892.*

2° *Loi du 15 février 1902.*

Préliminaires. — Aperçu historique; Mission du médecin et du chirurgien; dispositions légales auxquelles a été soumis l'exercice de la médecine et de la chirurgie; loi du 19 ventôse an XI; origines de la loi du 30 novembre 1892 536

TITRE Ier

MÉDECINE ET CHIRURGIE

Chapitre Ier. — Conditions d'exercice.

1. — *Médecine et chirurgie.* 538
Monopole d'exercice, suppression de l'officiat de santé 538
Autorisation donnée aux internes et aux étudiants en médecine d'exercer la médecine 539
2. — *Professions spéciales* 539
Chirurgiens-dentistes. 539
Sages-femmes 540
3. — *Enregistrement du diplôme* 541
Préfecture ou sous-préfecture et greffe du tribunal civil 541
Renouvellement 542
Listes 542

Chapitre II. — Médecins étrangers.

Autorisation 542
Équivalences 542
Conventions entre États frontières 543

TITRE II

DROITS ET OBLIGATIONS

Préambule 544

Chapitre Ier. — Droits des médecins.

1. — *Honoraires* 544
Droit aux honoraires. 544
Personnes créancières des honoraires. 544
Personnes débitrices des honoraires 545
Pouvoir d'appréciation des tribunaux. 546
Forfait 547
Convention. 547
Preuve 548
Prescription 548
Délai de prescription 548
Créances visées par l'art. 2272 C. civ. 549

Pages

Point de départ de la prescription 550
Privilège 550
2. — *Cession de clientèle* 552
Nullité de la cession pure et simple de clientèle 552
Cas où une cession peut intervenir. 552
3. — *Syndicats et associations* 553
Utilité des syndicats 553
Loi du 21 mars 1884 et loi du 1er juillet 1900 553
Formalités et capacité juridique 554
Union de syndicats ou d'associations. 555
Dissolution 555
4. — *Capacité de recevoir des libéralités.* — Principe de l'incapacité du médecin 556
Applications de l'art. 909 C. civ. 556
Conditions d'application 557
Exceptions. 558
Libéralités rémunératrices 559
Libéralités au profit des parents 559

Chapitre II. — Obligations des médecins.

1. — *Déclarations imposées aux médecins* 560
Maladies épidémiques 560
Déclarations de naissances. 561
Déclarations des maladies professionnelles, loi 25 octobre 1919 652
2. — *Impossibilité d'employer un pseudonyme* 561

Chapitre III. — Questions diverses.

1. — *Contrat de bail.* 562
Usage de l'escalier 562
Réception des malades. 562
2. — *Louage de services* 563
Contrat avec une compagnie d'assurances 563
3. — *Dépôt d'objets* 564
Responsabilité éventuelle du médecin 564
4. — *Saisie-arrêt.* 565
5. — *Cas de force majeure.* 565
Appel d'urgence 565
6. — *Diffamations, injures.* 565
7. — *Impôts* 566
Patente 566
Impôt mobilier. 566
Contribution sur les bénéfices de guerre 566

TITRE III

RESPONSABILITÉ CIVILE ET PÉNALE DES MÉDECINS

Chapitre I. — Responsabilités.

Aperçu général, textes législatifs 569
1. — *Responsabilité civile* 571
Erreurs professionnelles. 571

Pages
Fautes lourdes 573
Défaut d'avertissement ou de consentement à l'opération 575
Refus de se rendre à l'appel d'un particulier 576
Voies de fait dans l'exercice des fonctions 576
Dénigrement et concurrence déloyale 576
2. — *Responsabilité pénale,* principes 576

Chapitre II. — Le secret professionnel.

Texte applicable : art. 378 du Code pénal 577
Conditions d'existence du délit de révélation de secrets : divulgation de faits à la connaissance du médecin en raison de sa profession. . . . 578
Révélation volontaire et effective. 579
Cas où le délit peut cesser d'exister 580

Chapitre III. — Exercice illégal de la médecine.

1. — *Caractères et éléments du délit* 583
Délit d'habitude. 583
2. — *Exceptions*. 584
Cas d'urgence avérée 584
Force majeure 585
Contrainte physique et morale 585
Internes et étudiants. 585
Cas de la gratuité des soins donnés 585
3. — *Compétence, poursuite et pénalités* 586
Peines principales 587
Peines accessoires. 588
Suspension temporaire ou incapacité absolue d'exercer la médecine. . . 588

TITRE IV

MÉDECINE LÉGALE

Chapitre Ier. — Du choix des médecins légistes et de leurs opérations.

1. — *Choix des médecins légistes* 590
Désignation. 590
2. — *Opérations des médecins légistes* 590
Instruction judiciaire. 590
Rapport 591
591

Chapitre II. — Honoraires et frais divers.

Distinctions entre l'autopsie et les opérations autres que l'autopsie 591
Indemnités de déplacement, de séjour, de transport. 592

Loi relative à la protection de la santé publique du 15 février 1902

Préliminaires : objet de la loi 593

TITRE Ier

Chapitre I. — Règlements sanitaires.

Obligations du maire ; arrêté municipal, cas d'urgence 593

Pages

Chapitre II. — Mesures d'exécution contre la propagation des maladies.

Déclaration 594
Vaccination 594
Désinfection 594

Chapitre III. — Mesures relatives aux immeubles.

Renvoi au texte de la loi 595

TITRE II

ADMINISTRATION SANITAIRE

Chapitre Ier. — Organismes.

1. — *Conseils d'hygiène sanitaires départementaux* 595
Attributions 596
Décret du 14 août 1914 596
2. — *Bureau d'hygiène* 597
3. — *Service de contrôle et d'inspection* 597

Chapitre II. — Règles spéciales à Paris et au département de la Seine.

Attributions du préfet de la Seine et du préfet de police 597
Comité consultatif d'hygiène publique de France 598

TITRE III

DISPOSITIONS DIVERSES

1. — *Dépenses* 599
2. — *Pénalités* 599

Lois relatives à la protection des enfants et à l'organisation du régime des aliénés.

1° *Loi du 22 décembre 1874.*

2° *Lois des 27 juin 1904 et 28 juin 1904.*

3° *Loi du 30 juin 1838.*

LOI RELATIVE A LA PROTECTION DES ENFANTS DU PREMIER AGE DU 22 DÉCEMBRE 1874.

Préliminaires 600

Chapitre Ier. — Surveillance des enfants du premier âge.

1. — *Comités et Commission* 601
Comité supérieur 601
Mission et composition 601
Comité départemental 601
Mission et composition 601
2. — *Inspection médicale* 602
Médecins inspecteurs 602
Leurs obligations 603

Pages

Chapitre II. — Dispositions concernant les nourrices.

1. — *Nourrices prenant des enfants chez elles* 603
Autorisation 604
Certificats 604
Carnet de la nourrice 604
Obligation de la nourrice 605
2. — *Personnes prenant des nourrices chez elles* 605
Certificat 605
3. — *Bureaux de nourrices* 606
Conditions d'ouverture 606

LOI SUR LE SERVICE DES ENFANTS ASSISTÉS DU 27 JUIN 1904
ET
LOI RELATIVE A L'ÉDUCATION DES PUPILLES DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE, DIFFICILES OU VICIEUX DU 28 JUIN 1904.

Préliminaires, législation 606

Chapitre Ier. — Enfants placés sous la protection de l'autorité publique.

1. — *Enfants secourus* 607
2. — *Enfants en dépôt* 608
3. — *Enfants en garde* 608

Chapitre II. — Enfants placés sous la tutelle de l'assistance publique.

1. — *Pupilles de l'assistance publique* 609
2. — *Conditions de l'admission à l'assistance* 609
3. — *Tutelle des pupilles de l'assistance publique* 610
4. — *Placement, éducation et surveillance* 611

LOI SUR LES ALIÉNÉS DU 30 JUIN 1838.

Chapitre Ier. — Régime des établissements d'aliénés.

1. — *Organisation* 612
Asiles publics et maisons privées 612
Conditions d'ouverture d'un établissement privé 612
2. — *Placement dans les établissements d'aliénés* 614
Placement volontaire et placement forcé 614
Certificat médical 614
Personnes pouvant ordonner le placement forcé 615
3. — *Sortie des établissements d'aliénés* 615
Rapport 615
Intervention du médecin 615
Décisions du préfet 616
4. — *Personnel des établissements d'aliénés* 616
Personnel administratif et personnel médical 616

Chapitre II. — Condition des aliénés.

1. — *Aliénés non internés* 617
2. — *Aliénés internés* 617
Capacité, administrateur provisoire 617

Pages
Commission administrative 617
Fonctions de l'administrateur provisoire 618
Curateur 619
3. — *Aliénés criminels internés* 619

Chapitre III. — Intervention du médecin dans la constatation de l'état mental d'une personne.

1. — *Aliénation mentale* 619
Définition 619
2. — *Intervention du médecin* 619
Certificat 620

Lois concernant l'assistance à donner à l'individu pendant qu'il travaille.

1° *Loi du 15 juillet 1893.*

2° *Loi du 1er avril 1898.*

3° *Loi du 9 avril 1898.*

4° *Loi du 25 octobre 1919.*

LOI SUR L'ASSISTANCE MÉDICALE ET GRATUITE DU 15 JUILLET 1893.

Préliminaires ; objet de la loi 621
1. — *Organisation de l'assistance médicale gratuite* 621
Service médical 621
2. — *Domicile de secours* 622
Modes d'acquisition 622
Perte du domicile de secours 622
3. — *Bureau et liste d'assistance* 623
Composition du bureau d'assistance 623
Capacité et fonctionnement 623
Composition de la liste 624
4. — *Secours hospitaliers* 626
Prix de journée 626
Actes de fondation 626
5. — *Dépenses, voies et moyens* 627
Dépenses ordinaires et dépenses extraordinaires 627
Recettes 627
Honoraires des médecins 627
6. — *Dispositions générales* 628
Compétence 628
Médecins 629
7. — *Organisation spéciale de l'assistance* 629
Conditions 629

LOI SUR LES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS DU 1er AVRIL 1898.

Préliminaires ; législation ; but de la loi du 1er avril 1898 ; circulaire du 29 juin 1899 630

Pages

Chapitre Ier. — Règles communes à toutes les sociétés de secours mutuels.

1. — *Caractères distinctifs* 632
Associations de prévoyance 632
Buts 632
Égalité des droits 632
Personnalité civile 633
2. — *Constitution et composition* 633
Formalités constitutives 633
Rédaction des statuts, dépôt à la sous-préfecture ou à la préfecture . . 633
Publication d'un extrait 634
Changement dans les statuts 634
Membres participants et membres honoraires 634
3. — *Administration et fonctionnement* 634
Administrateurs, conditions de nomination 634
4. — *Unions de sociétés* 634
Avantages 635
Constitution 636
5. — *Dissolution et liquidation* 637
Dissolution volontaire et dissolution judiciaire 637
6. — *Sanctions civiles et pénales* 637

Chapitre II. — Règles spéciales aux diverses sociétés de secours mutuels.

1. — *Sociétés libres* 638
Personnalité, dons et legs mobiliers 638
Médailles d'honneur 638
2. — *Sociétés approuvées* 638
Conditions de l'approbation 638
Avantages 638
Obligations spéciales, placement des fonds 640
Pensions 641
Retrait d'approbation et dissolution 641
3. — *Sociétés reconnues comme établissements d'utilité publique* 642
Conditions et avantages 642

Chapitre III. — Conseil supérieur de la mutualité.

Composition 642
Convocation 643
Fonctions 643

LOI CONCERNANT LA RESPONSABILITÉ DES ACCIDENTS DONT LES OUVRIERS SONT VICTIMES DU 9 AVRIL 1898.

Préliminaires 644
Objet de la loi 644
Risque professionnel 644
Indemnité forfaitaire et transactionnelle 645
Lois et décrets complétant la loi du 9 avril 1898 646
Affichage de la loi 646

Pages

Chapitre Ier. — Champ d'application de la loi de 1898.

1. — *Entreprises assujetties au risque professionnel* 647
Énumération. 647
2. — *Personnes responsables du risque professionnel* 648
Chef d'entreprise. 648
Agriculture 649
Adhésion facultative 649
3. — *Personnes garanties contre le risque professionnel*. 649
Ouvriers et employés. 649
Contrat de louage ; exercice de la surveillance et de la direction du patron 650
4. — *Accidents constituant le risque professionnel* 650
Définition de l'accident. 650
Accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail 650
5. — *Maladies; maladies professionnelles* 651
Loi du 25 octobre 1919, ses conditions d'application 651
Énumération des maladies professionnelles, tableaux annexés à la loi . 652
Déclaration de la victime. 652
Déclaration du médecin 652
Responsabilité du patron. 653
Commission supérieure des maladies professionnelles 653
Pénalités. 653

Chapitre II. — Indemnités.

1. — *Rentes et allocations* 654
Incapacité permanente et absolue 654
Incapacité permanente et partielle 654
Incapacité temporaire 655
Accidents mortels 655
Conjoint 655
Enfants. 655
Ascendants et descendants. 656
Collatéraux. 656
Incessibilité et insaisissabilité 656
Étrangers 656
2. — *Frais médicaux, pharmaceutiques et funéraires* 656
Époque à partir de laquelle ils sont dus 656
Ce qu'ils comprennent 656
3. — *Base de l'indemnité*. 657
Définition du salaire 657
Gratifications 658
Apprentis et ouvriers mineurs de 16 ans. 658
Ouvriers agricoles 658
4. — *Paiement de l'indemnité* 659
Remplacement de la rente par un capital. 659
Lieu de paiement. 660
5. — *Accidents dus à une faute inexcusable* 660
Faute inexcusable du patron et de l'ouvrier 660

Pages

Chapitre III. — Garantie des indemnités.

1. — *Cas d'incapacité permanente ou d'accident mortel* 661
Fonds de garantie 661
Caisse nationale des retraites 661
Caisse des dépôts et consignations 661
2. — *Frais funéraires et médicaux et allocations temporaires* 662
3. — *Versement du capital représentatif des indemnités* 662

Chapitre IV. — De la déclaration des accidents et de l'enquête- Procédure.

1. — *Déclaration de l'accident* 663
Quelle personne doit la faire ? 663
2. — *Enquête et expertise médicale* 664
But de l'enquête 664
Formalités 664
Médecin désigné dans l'expertise 665
3. — *Instances devant le juge de paix* 665
Indemnité temporaire, frais funéraires 665
Frais médicaux et pharmaceutiques 665
4. — *Instances devant les tribunaux civils* 666
Rentes viagères 666
5. — *Voies de recours* 666
Opposition 666
Appel 666
Pourvoi en cassation 667
6. — *Prescription* 667
Point de départ et durée 667
Interruption 667
7. — *Révision* 668
Fondement de l'action en révision 668
Causes de révision 668
Durée pendant laquelle est ouverte l'action en révision 668
8. — *Action contre les tiers* 669
Poursuites contre l'auteur de l'accident 666
Droit commun 669
9. — *Assistance judiciaire* 670

LOI RELATIVE A L'ASSISTANCE AUX VIEILLARDS, AUX INFIRMES ET AUX INCURABLES DU 14 JUILLET 1905

Préliminaires 671
Principe de la loi 671

Chapitre Ier. — Organisation de l'assistance.

1. — *Personnes ayant droit à l'assistance* 672
2. — *Domicile de secours* 673
3. — *Admission à l'assistance* 674
Conditions 674
Conseil municipal 675
Réclamations 676

Pages

Commission départementale 677
Admission quand il n'y a pas de domicile de secours. 677
Commission centrale. 677
4. — *Modes d'assistance* 678
Assistance à domicile, hospitalisation, placement familial 678

Chapitre II. — Voies et moyens.

Dépenses d'assistance et ressources 681

Chapitre III. — Compétence.

Conseil de préfecture 682

Chapitre IV. — Régime spécial à la ville de Paris.

Règlement d'administration publique du 30 mars 1907 : Listes, réclamations, paiement de l'allocation 683

Addenda.

Texte de la loi du 25 octobre 1919, étendant aux maladies d'origine professionnelle la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail 684
Tableaux annexés à la loi. 687

ORLÉANS. — IMPRIMERIE ORLÉANAISE, RUE ROYALE, 68.

TRAITÉ

DE

PATHOLOGIE MÉDICALE

ET DE

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

ÉMILE SERGENT
Médecin de la Charité
Membre de l'Académie de Médecine

L. RIBADEAU-DUMAS et **L. BABONNEIX**
Médecin des hôpitaux — Médecin des hôpitaux

Ce *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée* procède du même esprit que le cours de *Technique clinique et de séméiologie élémentaire* dont l'un de nous avait conçu le plan il y a de longues années déjà et qu'il put réaliser, peu de temps avant la guerre, grâce à la collaboration dévouée de quelques-uns de ses anciens élèves.

L'étude des méthodes techniques d'examen clinique et des principales données de séméiologie médicale devait nécessairement avoir pour suite celle des maladies prises en particulier et des moyens prophylactiques et thérapeutiques dont dispose la médecine pour les éviter et les combattre. C'était là une seconde étape, depuis longtemps projetée également ; mais elle ne pouvait être franchie sous la direction d'un seul ; la parfaite unanimité de vues qui a réuni les trois directeurs du *Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée* a seul permis de réaliser le vaste programme que comportait une œuvre aussi large.

Le livre est une des formes de l'enseignement. Il est de mode, aujourd'hui, de décrier l'instruction livresque et de l'opposer à l'instruction pratique. Nous pensons qu'il n'y a pas d'instruction solide sans préparation théorique et que la théorie peut être enseignée par le livre comme par la parole. Mais, nous croyons que le reproche formulé contre le livre et contre le cours théorique trouve son fondement dans cette constatation, en grande partie incontestable, que les livres et les cours théoriques sont, pour la plupart, trop scientifiques et trop peu pratiques.

Il ne faut pas perdre de vue qu'il y a deux grands types d'enseignement, s'adressant à deux grandes catégories de lecteurs ou d'auditeurs : il y a l'enseignement scientifique proprement dit, qui aborde et cherche à résoudre les grands problèmes de la vie, et il y a l'enseignement pratique, qui a pour objet de définir, d'exposer et de préciser les applications des données

acquises par la recherche scientifique. Cette distinction s'impose tout particulièrement en matière d'enseignement médical. Parmi les lecteurs et les auditeurs, il y a, d'une part, ceux qui s'intéressent à la poursuite des recherches purement scientifiques : ce sont les hommes de laboratoire, les physiologistes, les histologistes, les bactériologistes, les érudits que passionne l'évolution des théories et des idées qui se sont succédé dans l'histoire de la médecine ; et il y a, d'autre part, ceux que leurs tendances et leurs aptitudes mentales dirigent vers l'application des découvertes enregistrées par le travail des premiers : ce sont les médecins.

Pour le médecin praticien l'enseignement ne doit pas être le même que pour le biologiste ; ce qui, dans l'étude d'une maladie, est nécessaire au médecin intéresse moins le biologiste, et inversement. Réunir le maximum des notions indispensables au médecin pour remplir sa mission, qui, en fait, est d'éviter et de guérir les maladies après avoir appris à les reconnaître et à les dépister, tel doit être le but d'un enseignement, verbal ou écrit, véritablement pratique dans ses fins tout en restant théorique dans ses moyens ; car la pratique procède de la théorie. C'est cette tâche que nous avons tenté de réaliser en établissant le programme de ce *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée,* qui, à notre sens, représente la *théorie de la pratique médicale.*

Un tel enseignement livresque n'exclut pas l'originalité ; on peut être didactique tout en restant personnel, à condition qu'on soit fortement imprégné du sujet qu'on expose. Aussi avons-nous sollicité la collaboration d'auteurs particulièrement qualifiés par leurs recherches antérieures, de façon à faire de chaque article, non pas la reproduction inutile du même article d'un autre livre de médecine, mais une sorte de revue générale conservant l'allure d'un mémoire original.

Qu'on ne se méprenne pas sur l'esprit de cet ouvrage. Il n'est nullement un Manuel, un Précis, une Collection *élémentaire ;* il est, de propos délibéré, un Traité *partiellement incomplet.* Le lecteur n'y trouvera que fort peu d'historique bibliographique, presque point de discussions pathogéniques, juste assez de notions d'anatomie et de physiologie pathologiques pour éclairer la compréhension des symptômes et des grands syndromes fonctionnels ; par contre, il y pourra chercher les détails les plus nombreux et les plus précis sur les caractères analytiques des symptômes, sur leur mode de groupement en formes évolutives, sur l'ensemble, en un mot, des diverses constatations cliniques dont l'interprétation conduit au diagnostic ; il y puisera également les notions les plus complètes sur la thérapeutique à apposer à chaque cas particulier ; tout d'abord, il apprendra, s'il ne le sait déjà, *ce qu'il ne devra pas faire ;* muni de ces contre-indications, il sera averti, par une discussion aussi serrée que possible, de *ce qu'il devra faire,* chacune des indications étant complétée par un exposé circonstancié des procédés et des moyens par lesquels elle peut être remplie.

Il nous a paru que notre but ne serait point atteint si nous ne réunissions dans la même collection l'ensemble des notions spéciales qui sont indispensables à tout médecin soucieux de jouer utilement son rôle. C'est pourquoi l'étude des *Spécialités* forme un groupe de volumes qui complète l'ouvrage. Outre que la syphilis, par exemple, si fréquemment mêlée, sous un masque plus ou moins trompeur, à la médecine générale, ne peut être ignorée du médecin, on pourrait se demander pour quelles raisons elle n'aurait point, aussi bien que la tuberculose, sa place dans un Traité de médecine. On a coutume, dans les Traités de médecine, de décrire les diverses localisations viscérales de la syphilis et de la tuberculose isolément, dans les volumes consacrés aux divers appareils ; il nous a semblé qu'il y avait intérêt, pour éviter les redites et pour faciliter l'ex-

position générale, à grouper dans le même volume ce qui concerne chacune de ces maladies ; et, pour ce qui est de la syphilis, nous avons considéré que ses manifestations cutanées et muqueuses devaient être assez largement étudiées, car elles sont souvent les indices révélateurs qui mettent sur la voie du diagnostic le médecin qui a appris à les connaître. Toutefois nous avons limité l'étude spéciale de la syphilis cutanée et muqueuse, comme celle de la dermatologie, de l'otologie, de l'ophtalmologie..., aux notions qui doivent être familières à tout médecin. Ces volumes ne sont donc pas écrits pour les spécialistes.

Dans le même esprit nous avons consacré quelques volumes à l'étude des éléments de laboratoire et des notions de radiologie et d'électrologie nécessaires au praticien, de même que l'ensemble des connaissances pratiques sur la thérapeutique en général.

Enfin, n'ignorant point que la plupart des médecins qui commencent à exercer sont peu familiarisés avec les règles de la pratique professionnelle, nous avons pensé qu'il serait d'une grande opportunité de commencer la publication de cet ouvrage par un volume de Déontologie et de Jurisprudence médicale. Les pages que M. Le Gendre a bien voulu écrire pour ce premier volume, sur la *Vie du médecin*, sont, par leur haute portée morale et leur belle tenue, un bienfaisant enseignement pour tous, de même qu'elles ont été pour nous un précieux encouragement dans l'achèvement de notre programme. Nous tenons à le remercier de cette marque de sympathie pour notre œuvre, comme nous remercions tous les Maîtres qui ont accepté d'écrire les Introductions des divers volumes et tous les collaborateurs qui, spécialement désignés par leurs travaux antérieurs, ont consenti à nous aider dans notre tâche. Avec eux, nous espérons avoir servi, sinon avec succès, du moins avec ardeur, l'idée de faire une œuvre française.

Les études cliniques ont toujours permis à la médecine française d'affirmer sa maîtrise.

Dans la paix d'après-guerre, nous, Français, avons pour devoir de cultiver le champ sur lequel nos pères ont marqué l'empreinte indélébile du labeur qu'ils ont si magistralement poursuivi dans la paix d'avant-guerre.

Émile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX.

TOME PREMIER. — **Déontologie et jurisprudence médicale.** — LE GENDRE (Dr), médecin de l'hôpital Lariboisière. — La Vie du médecin. — RIBADEAU-DUMAS (Henri), avocat à la Cour d'appel. — Commentaires juridiques sur les lois et décrets réglant l'exercice de la médecine.

TOMES II et III. — **Appareil respiratoire** *(2 tomes)*. — 1° SERGENT (Dr Émile). — Introduction à l'étude des maladies de l'appareil respiratoire. — BELLIN (Dr), ancien interne des hôpitaux. — Rhino-pharynx et larynx. — FLURIN (Dr), ancien interne des hôpitaux. — Trachée et bronches. — COURCOUX (Dr), médecin des hôpitaux — Œdème, Congestion, Apoplexie, Embolie pulmonaires. — ARMAND-DELILLE (Dr), médecin des hôpitaux. — Pneumonie, Broncho-pneumonie, Gangrène pulmonaire. — AMEUILLE (Dr), ancien interne des hôpitaux. — Déformations et malformations thoraciques, Asthme, Emphysème, Atélectasie, Scléroses, Pneumokonioses, Pierres du poumon. — 2° AMEUILLE (Dr), ancien interne des hôpitaux. — Kystes hydatiques de la plèvre et du poumon. Parasites divers. Cancer et tumeurs du poumon et de la plèvre. Médiastin (tumeurs et syndromes généraux). — COURCOUX (Dr), médecin des hôpitaux. — Pleurésies aiguës et chroniques. — LABRO (Dr P.). — Pneumothorax. — SERGENT et Pierre PRUVOST (Drs). — Accidents médicaux consécutifs aux blessures de poitrine (poumons, plèvres, médiastin). — AMEUILLE et SOURDEL (Drs). — Accidents pulmonaires consécutifs à l'intoxication par les gaz asphyxiants. — HEUQUEVILLE (Dr d'), ancien interne des hôpitaux. — Insuffisance respiratoire et rééducation respiratoire.

TOME IV. — **Appareil circulatoire.** — Vaquez (Pr). — Introduction à l'étude des maladies de l'appareil circulatoire. — Lian (Dr), médecin des hôpitaux. — Cœur (péricarde, myocarde, endocarde). — Troubles fonctionnels et névroses cardiaques. — Nobécourt (Dr), professeur agrégé. — Maladies congénitales du cœur et des vaisseaux. — Cœur chez l'enfant. — Heitz (Dr), ancien interne des hôpitaux. — Aorte, artères, tension artérielle. — Leconte (Dr Marc), ancien interne des hôpitaux. — Veines et vaisseaux lymphatiques.

TOMES V et VI. — **Neurologie** *(2 tomes)*. 1° Marie (Pr Pierre). — Généralités. — Foix (Dr), médecin des hôpitaux de Paris. — Cerveau. — Chatelin (Dr), ancien interne des hôpitaux de Paris. — Cervelet, bulbe, protubérance, pédoncules, y compris la paralysie bulbaire asthénique. — Sezary (Dr), ancien interne des hôpitaux de Paris. — Moelle. — Dejerine (Mme) et Gauckler (M.) (Drs), ancien interne des hôpitaux de Paris. — Racines et ganglions. — Chatevet (Dr Stephen), ancien interne, médaille d'or des hôpitaux. — Méningites aiguës. — Baur (Dr), professeur agrégé au Val-de-Grâce. — Méningites cérébro-spinales. — Guillain (Dr), professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Paris. — Hémorragies méningées. — Babonneix (Dr), médecin des hôpitaux, et Voisin (R.). — Méningites chroniques. — Laignel-Lavastine (Dr), agrégé, médecin des hôpitaux, et Voisin (Dr Roger), ancien chef de clinique à la Faculté. — Épilepsie. — Voisin (Dr R.). — Atrophies et hypertrophies musculaires. — 2° Froment (Dr), agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Lyon. — Nerfs. Troubles moteurs. — Sicard (Dr), professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Paris. — Troubles sensitifs et migraine. — Tinel (Dr), ancien chef de laboratoire à la Salpêtrière. — Polynévrites. — Thomas (Dr André), ancien chef de laboratoire à la Salpêtrière. — Tumeurs du système nerveux. — Lhermitte (Dr), ancien chef de laboratoire à la Salpêtrière. — Lésions vasculaires du système nerveux. — Vincent (Dr Clovis), médecin des hôpitaux de Paris. — Névroses. Hystérie et troubles physiopathiques. — Crouzon (Dr), médecin des hôpitaux de Paris. — Affections familiales et myopathies. — Weil (Dr). — Vertiges. — Souques (Dr), membre de l'Académie de médecine et médecin des hôpitaux. — Paralysie agitante. — Chatelin (Dr). — Hemiatrophie faciale : tics, spasmes, adéno-lipomatose douloureuse. — Roussy (Dr), prof. agrégé de la Faculté de Paris, et Lhermitte (Dr). — Neurologie de guerre.

TOMES VII et VIII. — **Psychiatrie.** — 1° Ritti (Dr Antoine), médecin chef des asiles publics. Séméiologie générale. — Juquelier (Dr), médecin chef des asiles publics. — Manie aiguë. Psychasthénie. — Durand (Dr). — Mélancolie et psychoses périodiques. — Mignard (Dr), médecin aliéniste des hôpitaux. — Etats confusionnels, psychologie des délires. Confusion mentale aiguë. — Sérieux et Capgras (Drs), médecins chefs des asiles publics. — Delires systématisés. — Logre. — Etat mental des hystériques. — Brissot (Dr), médecin des asiles publics. — Etat mental des épileptiques. — Mallet (Dr), médecin des asiles publics. — Psychoses de guerre. — 2° Colin (Dr H.), médecin chef des asiles et Demay. — Aliénés criminels et psychopathes constitutionnels. — Legrain (Dr), chef de l'asile de Villejuif. — Psychoses toxi-infectieuses. — Barbe (Dr), médecin des asiles publics. — Dégénérescences (idiotie, imbecillité, débilité mentale, syndromes épisodiques, délires polymorphes). — Deny (Dr), ancien médecin de la Salpêtrière. — Demence précoce. — Truelle (Dr), médecin chef de l'asile de Ville-Evrard. — Démences organique et senile. — Brissot. — Etat mental des aphasiques. — Pactet (Dr) et Bonhomme (Dr), médecin en chef, asile de la Maison-Blanche. — Paralysie générale. — Charon (Dr), chef de l'asile de Dury-lez-Amiens. — Internement et formalités administratives. — Vallon (Dr), médecin en chef des asiles. — Expertises.

TOME IX. — **Sympathique et glandes endocrines.** — Lereboullet (Dr), professeur agrégé. — Généralités physiologiques, cliniques et thérapeutiques. — Harvier (Dr), médecin des hôpitaux. — Pathologie des diverses glandes endocrines. — Guillaume, interne des hôpitaux. — Sympathique. — Carrion. — L'opothérapie (notions de pharmacologie).

TOME X. — **Sang, organes hématopoïétiques, rate, os.** — Bezançon (Pr). — Introduction et généralités. — Agasse-Lafont (Dr), ancien chef de clinique. — Morphologie du sang. Diagnostic des anémies des leucémies. — Pagniez (Dr), médecin des hôpitaux. — L'hémolyse, l'hémoglobinurie. — Sainton (Dr), médecin des hôpitaux. — Maladies des os. — Aperti (Dr), médecin des hôpitaux. — Rachitisme.

TOME XI. — **Appareil digestif.** — Roux (Dr J.-Charles), ancien interne des hôpitaux. — Généralités. — Chompret (Dr). — Hygiène de la bouche. Glossites et stomatites. — Durand (Dr Gaston), ancien interne des hôpitaux. — Affections de l'œsophage et de l'estomac. — Brissaud (Dr Et.), ancien interne des hôpitaux. — Affections de l'intestin grêle, du cæcum. — Moutier (Dr), ancien interne des hôpitaux. — Affections du colon. — Bensaude (Dr), médecin des hôpitaux. — Affections du rectum et de l'anse sigmoïde. — Trémolières (Dr), médecin des hôpitaux. — Entéro-névroses. — Trémolières et Caussade (Drs). — Péritonites.

TOME XII. — **Foie et Pancréas.** — Castaigne, professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Paris. — Généralités. — Fiessinger (Dr Noël), ancien interne des hôpitaux de Paris. — Cirrhose; et lithiase biliaire. — Brule (Dr), médecin des hôpitaux de Paris. — Les ictères, ictères hémolytiques. L'insuffisance hépatique. Abcès, cancer, kystes hydatiques, congestions, pylephlébite, périhépatite. — Brule et Garban (Drs). — Angiocholites et cholécystites. — Garban (Dr), ancien interne des hôpitaux de Paris. — Exploration physique, exploration fonctionnelle du foie. — Faroy (Dr), ancien interne des hôpitaux de Paris. — Pancréas.

TOME XIII. — **Reins et organes génitaux urinaires.** — Brault (Dr), membre de l'Académie de médecine et médecin des hôpitaux. — Généralités. Introduction. — Cottet (Dr), ancien interne des hôpitaux. — Séméiologie des affections rénales, néphrites, urémie. — Michon (Dr), chirurgien des hôpitaux. — Affections médico-chirurgicales des reins, de la vessie; blennorragie. — Lemaire (Dr H.), chef de clinique à la Faculté. — Gynécologie médicale. — Lemaire (Dr H.). — Affections des testicules. — Hazard (Dr), ancien interne en pharmacie des hôpitaux. — Examen chimique, cytoscopique, bactérioscopique des urines.

TOME XIV. — **Infections parasitaires.** — Neveu-Lemaire, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Lyon. — Ascaridioses, oxyuroses, tricocéphaloses, ankylosomoses, anguilluloses, trichinoses, ténias, bothriocéphaloses, échinococcoses (en général), myases, cysticercose, trypanosomoses, filariose, bilharziose, coccidiose. — Ameuille (Dr), ancien interne des hôpitaux de Paris. — Leishmanioses. — Troisier (Dr Jean), chef de laboratoire à la Faculté de Paris. — Spirochétose ictéro-hémorragique. Sodoku. Fièvre des tranchées. — Gouzien (Dr), médecin inspecteur général des colonies. — Fièvre jaune. — Paisseau (Dr), médecin des hôpitaux. — Paludisme. Fièvre bilieuse hémoglobinurique. Typhus récurrent. — Abrami (Dr), médecin des hôpitaux de Paris. — Dysenteries. — Ramond (Dr Louis), médecin des hôpitaux de Paris. — Mycoses, muguet, aspergillose, sporotrichose, actinomycose.

TOMES XV et XVI. — **Infections** *(2 tomes)*. — Hutinel (Pr), professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Darre (Dr), médecin des hôpitaux. — Généralités. — 1° *Infections à germe connu*. — Lenglet (Dr), ancien interne des hôpitaux de Paris, et Ayrignac (Dr). — Infections typhoïdes. — Philibert (Dr), ancien interne des hôpitaux de Paris. — Septicémies. — Paillard, ancien interne, lauréat des hôpitaux, médecin consultant à Vittel. — Infections à anaérobies. — Milhit (Dr), ancien chef de clinique à la Faculté. — Diphtérie. — Lemierre (Dr), agrégé, médecin des hôpitaux de Paris. — Tétanos. — Violle (D.), de l'Institut Pasteur. — Choléra. — Marcandier (Dr), médecin de marine. — Peste. — Ameuille (Dr), ancien interne des hôpitaux. — Lèpre. — Roger (Dr), prof. à l'École de Médecine de Marseille. — Fièvre de Malte. — Boidin (Dr), médecin des hôpitaux de Paris. — Charbon. — Marchetel (Dr), chef du service sanitaire vétérinaire, Préfecture de police, Paris. — Morve. — Botreau-Roussel, Pian, Gondou. — 2° *Infections à germe inconnu*. — Halle (Dr J.), médecin des hôpitaux de Paris. — Maladies éruptives. Scarlatine et rubéole. — Armand-Delille (Dr), médecin des hôpitaux de Paris. — Rougeole. — Grenet (Dr H.), médecin des hôpitaux de Paris. — Varicelle. — Esmein (Dr), médecin des hôpitaux. — Variole. — Gastinel (Dr), ancien interne des hôpitaux de Paris. — Vaccine. — Hallé et Armand-Delille. — Diagnostic des fièvres éruptives. — Philippon (Dr), ancien interne des hôpitaux de Paris. — Typhus exanthématique. — Marchoux (Dr), de l'Institut Pasteur. — Suette miliaire. — Armand-Delille (Dr), médecin des hôpitaux de Paris. — Grippe. Dengue. — Grenet (Dr). — Rhumatismes infectieux. — Dopter, professeur au Val-de-Grâce. — Oreillons. — Weill (Pr) et Péhu (Dr), de Lyon. — Coqueluche. — Thévenot (Dr Lucien), agrégé à la Faculté de Lyon. — Rage. — Violle (Dr). — Diarrhée de Cochinchine.

TOMES XVII et XVIII. — **Tuberculose** *(2 tomes)*. — 1° *La tuberculose en général*. — Sergent (Dr Emile). — Histoire générale de la tuberculose. — Généralités cliniques. — Évolution. — Etiologie et pathogénie. — Diagnostic et pronostic. — Ribadeau-Dumas (Dr), médecin des hôpitaux. Généralités anatomo-pathologiques, bactériologiques et expérimentales. — Gimbert (Dr) (de Cannes), ancien interne des hôpitaux de Paris. — Hygiène. Prophylaxie. Travail du tuberculeux. — Sabourin (Dr), ancien interne des hôpitaux. — Cure d'air et de repos. — Roux (Dr Justin), (de Cannes). — Alimentation. — Roux (Dr Justin). — Traitement chimiothérapique et pharmaceutique. Crénothérapie et thalassothérapie. — A. Jousset, professeur agrégé et médecin des hôpitaux de Paris. — Tuberculinothérapie, bactériothérapie, sérothérapie. — Bertier (Dr) (de Grasse), ancien interne des hôpitaux de Lyon. — Traitement mécanique. — Rééducation respiratoire. Pneumothorax artificiel. Traitement chirurgical. — 2° *Les tuberculoses viscérales de l'enfant et de l'adulte*. Ribadeau-Dumas (Dr). — La tuberculose du nourrisson et de l'enfant. — Sergent (Dr Emile). — La scrofulo-tuberculose. — Bellin (Dr). — Tuberculose du rhinopharynx et du larynx. — Gimbert (Dr). — Tuberculose aiguë. Typho-bacillose. Granulie. Pneumonie et broncho-pneumonie caséeuses. Phtisie galopante. — Bertier (Dr) (de Grasse). — Tuberculose pulmonaire chronique. — Courcoux (Dr). — Tuberculose de la plèvre et des éreuses. — Labro (Dr). — Pneumothorax tuberculeux. — Ameuille (Dr). — Tuberculose du médiastin. Ameuille (Dr). — Tuberculose du cœur et des vaisseaux. — Michon (Dr), chirurgien des hôpitaux. — Tuberculose du rein et des voies urinaires. — Pruvost (Dr), ancien interne des hôpitaux de Paris. — Tuberculose du tube digestif et du péritoine. — Ameuille (Dr). — Tuberculose du foie, du pancréas, de la rate. — Nadal (Dr), ancien interne des hôpitaux. — Tuberculose du système nerveux. — Grenet (Dr), médecin des hôpitaux. — Rhumatisme tuberculeux.

TOME XIX. — **Syphilis.** — Simon (Dr Clément), ancien interne des hôpitaux. — Généralités. — Fournier (Dr Edmond). — Hérédo-syphilis et syphilis de l'enfance. — Simon (Dr Clément). — Syphilis de la peau, des muqueuses et des ganglions. — Rostaine (Dr), ancien chef de clinique. — Syphilis des os, des articulations et des muscles. — Bellin (Dr). — Syphilis du nez et du larynx. — Mirande (Dr). — Syphilis de l'appareil respiratoire et du médiastin. — Rostaine (Dr). — Syphilis de l'appareil circulatoire. Syphilis du rein et des organes génito-urinaires. — Favre (Dr), médecin des hôpitaux de Lyon. — Syphilis de l'appareil digestif. — Babonneix (Dr). — Syphilis du système nerveux. — Simon (Dr Clément). —

Traitement général de la syphilis. — CASTEL (Dr J. du), chef de clinique. — Affections vénériennes non syphilitiques et non blennorragiques.

TOME XX. — **Dermatologie.** — DARIER (Dr), de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — Introduction à l'étude de la dermatologie. — CIVATTE (Dr), ancien interne des hôpitaux. — Généralités. Lésions élémentaires. Psoriasis. Eczéma et dyshydrose. Pityriasis rosé. Erythrodermies. — MALLEIN (Dr), ancien interne des hôpitaux. — Prurit. Urticaire. Prurigo et lichénification. Lichen plan. — CIVATTE (Dr). — Erythème polymorphe, Erythème noueux, Pemphigus, Dermatite herpétiforme. — FERRAND (Dr Marcel), ancien interne des hôpitaux. — Herpès. Purpura. Pyodermites. — BOISSEAU (Dr), ancien interne des hôpitaux. — Atrophies et hypertrophies. Atrophies idiopathiques, Sclérodermie. Eléphantiasis. Pseudolipomes, Myxœdème. — BOISSEAU (Dr). — Troubles trophiques et vaso-moteurs. — PAUTRIER (Dr). — Dystrophies. — FAVRE (Dr). — Tumeurs et nævi. — BOISSEAU (Dr). — Appareil sudoripare. — SIMON (Dr Clément). — Appareil pilo-sébacé. — CIVATTE (Dr). — Ongles. — *Maladies proprement dites.* — ROSTAINE (Dr). — Dermites artificielles. — DU CASTEL (Dr). — Parasites animaux. — SIMON (Dr Clément). — Champignons, Favus, Trichophyties, etc. — PAUTRIER (Dr). — Tuberculose et Tuberculides.

TOME XXI. — **Intoxications.** — ACHARD (Pr). — Généralités. — MOURIQUAND (Pr), professeur à la Faculté de Lyon. — Maladies de carence. — FRANÇOIS (Dr), ancien interne des hôpitaux. — Arsénicisme, hydrargyrisme, saturnisme. — FLANDIN (Dr), ancien interne des hôpitaux. — Phosphorisme, oxyde de carbone, gaz d'éclairage, hydrocarbures. — BALTHAZARD (Pr). — Brûlures, gelures, électricité, air confiné, raréfié. Carbure d'hydrogène. Sulfure de carbone. — LESOURD (Dr), ancien interne des hôpitaux. — Toxi-infections alimentaires. — CHAUVET (Dr St.), ancien interne lauréat des hôpitaux. — Intoxication par les champignons, par les venins de serpents. — LEGRAIN (Dr). — Alcoolisme. Intoxication par l'éther, cocaïne, morphine, haschich.

TOME XXII. — **Maladies de la nutrition.** — ACHARD (Pr). — Généralités. — MOURIQUAND (Dr), professeur à la Faculté de Lyon. — Goutte, diabète, obésité, rhumatisme chronique.

TOMES XXIII et XXIV. — **Pédiatrie** *(2 tomes).* — 1° MARFAN (Pr). — Introduction et généralités. — APERT (Dr), médecin des hôpitaux. — Physiologie de l'enfant, maladies familiales et héréditaires. Anomalies de développement. Enfants retardataires. — RENAULT (Dr Jules), médecin des hôpitaux. — Hygiène de la première et de la deuxième enfance. Education. — RIBADEAU-DUMAS (Dr), médecin des hôpitaux. — Alimentation. Troubles alimentaires, troubles digestifs de la première enfance. — 2° WEILL (Pr), professeur à la Faculté de Lyon et PEHU (Dr). — Maladies infectieuses et contagieuses. — PEHU (Dr), médecin des hôpitaux de Lyon. — Occlusions intestinales. Malformations du tube digestif. — WEILL (Pr) et PEHU (Dr). — Sténose pylorique. — ARMAND-DELILLE (Dr), médecin des hôpitaux. — Affections pleuro-pulmonaires. — LESNÉ (Dr), médecin des hôpitaux. — Troubles digestifs de la seconde enfance. — MERKLEN (Dr), médecin des hôpitaux. — Maladies du foie, des reins, des voies urinaires des organes génitaux. — RIVET (Dr), médecin des hôpitaux. — Maladies de la peau (ichthyose, eczémas, impétigo, érythèmes). — HARVIER (Dr), médecin des hôpitaux. — Affections du thymus. — BABONNEIX (Dr), médecin des hôpitaux, et VOISIN (Dr R.). — Encéphalopathies infantiles. Convulsions. — TINEL (Dr), ancien chef de clinique. — Chorées. — TINEL (Dr). Paralysie infantile. — RIVET (Dr). — Hémorragies du nouveau-né. Anémies de l'enfance. — TERRIEN (Dr), ancien interne des hôpitaux. — Thérapeutique et posologie.

TOME XXV. — **L'ophtalmologie et l'otologie dans la pratique médicale.** — SIEUR (Dr), médecin inspecteur général. — Introduction et généralités. — POULARD, oculiste des hôpitaux, et BAILLIART (Drs). — Ophtalmologie. — BOURGEOIS (Dr), oto-rhino-laryng. des hôpitaux. — Otologie.

TOME XXVI. — **Diagnostic de laboratoire.** — LEGROUX (Dr), chef de service à l'Institut Pasteur. — Méthodes usuelles de laboratoire appliquées au diagnostic des maladies. — MASSON (Dr P.), professeur à la Faculté de Strasbourg. — Les tumeurs. Diagnostics histologiques.

TOME XXVII. — **Hygiène et régimes.** — LEMOINE (Dr), médecin inspecteur général. — L'hygiène dans la pratique médicale. — RATHERY (Dr), professeur agrégé, médecin des hôpitaux. — Régimes.

TOMES XXVIII et XXIX. — **Thérapeutique. Physiothérapie** *(2 tomes).* — 1° CARNOT (Pr). — Introduction à l'étude de la thérapeutique. — LINOSSIER (Dr). — Crénothérapie. — OELSNITZ (Dr d'), ancien interne des hôpitaux. — Climatothérapie. — OELSNITZ (Dr d'). — Thalassothérapie. — VENOT et PRUVOST (Drs), anciens internes des hôpitaux. — Héliothérapie. — DESFOSSES (Dr), ancien interne des hôpitaux. — Cinésithérapie. — DESFOSSES (Dr). — Massothérapie et mécanothérapie. — LORTAT-JACOB (Dr), médecin des hôpitaux. — Thermothérapie et cryothérapie. — 2° PRUVOST (Dr P.), ancien interne des hôpitaux. — Bactériothérapie; Vaccinothérapie; Sérothérapie. — CARRION, ancien interne des hôpitaux. — Formulaire de thérapeutique; Notions de pharmacologie.

TOME XXX. — **Électrologie, radiologie, radiumthérapie.** — COTTENOT (Dr), ancien interne des hôpitaux. — Radiologie et radiothérapie. — LABORDE (Mme Dr). — Radiumthérapie. — DELHERM et LAQUERRIÈRE (Drs), anciens internes des hôpitaux. — Electrologie et électrothérapie.

6.G.464.
Traite de pathologie medicale e1920
Countway Library BDY8962
3 2044 045 594 959

6.G.464.
Traite de pathologie medicale e1920
Countway Library BDY8962
3 2044 045 594 959